FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1877 **THÈSE** N° 391.

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 7 août 1877, à 9 heures 1/2

Par Victor-Isidore BESSON

Né à Desertines (Allier), le 23 février 1851

Ancien externe des hôpitaux de Paris,
Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DYSTOCIE SPÉCIALE

DANS LES

ACCOUCHEMENTS MULTIPLES

Président de la Thèse : **M. PAJOT**, *Professeur.*

Juges : **MM.** **POTAIN**, *Professeur.*
DUVAL et **CHARPENTIER**, *Agrégés.*

Le candidat répondra en outre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

VERSAILLES
IMPRIMERIE ET STÉRÉOTYPIE CERF ET FILS
59, RUE DUPLESSIS, 59

1877

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Doyen, M. VULPIAN.

Professeurs :	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale	GUYON. TRÉLAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LE FORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	PARROT.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	SÉE (G.). HARDY. LASÈGUE. POTAIN.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	BALL.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron JULES CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ANGER.	DAMASCHINO.	GAUTIER.	LE DENTU.
BERGERON.	DELENS.	GUÉNIOT.	NICAISE.
BLUM.	DUGUET.	HAYEM.	OLLIVIER.
BOUCHARD.	DUVAL.	LANCEREAUX.	POLAILLON.
BOUCHARDAT.	FERNET.	LANNELONGUE.	RIGAL.
BROUARDEL.	GARIEL.	LECORCHÉ.	TERRIER.
CHARPENTIER.			

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N...
— des maladies des enfants	BLACHEZ.
— de l'ophthalmologie	PANAS.
— Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAITRES EN OBSTÉTRIQUE :

M. LE PROFESSEUR PAJOT

Mon président de thèse

MM. P. BUDIN, A. PINARD

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. LE Dr S. DUPLAY

Chirurgien des hôpitaux.

M. LE Dr GOMBAULT

Médecin des hôpitaux.

M. LE Dr LÉON LABBÉ

Chirurgien des hôpitaux.

M. LE Dr GALLARD

Médecin des hôpitaux.

M. LE Dr PROUST

Médecin des hôpitaux.

A MES EXCELLENTS AMIS :

M. LE Dr BOURNEVILLE

Rédacteur en chef du *Progrès médical*

M. H. DURET

Aide d'anatomie de la Faculté.

M. LE Dr DANIEL

A TOUS CEUX QUE J'AIME

AVANT-PROPOS

La terminaison de la grossesse gémellaire est le plus souvent favorable et l'expulsion des deux enfants a lieu sans difficulté. Cependant les présentations et les positions fâcheuses sont beaucoup plus fréquentes que dans la grossesse simple. En effet, pendant la grossesse, préside aux rapports de l'organisme fœtal avec l'organisme maternel une loi d'accommodation (1), absolument semblable, dans ses causes et dans ses résultats, à la loi d'accommodation du travail si nettement et si bien formulée par le professeur Pajot : « Quand » un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siége d'alternatives de mouvements et » de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa » forme et ses dimensions aux formes et à la capacité » du contenant (2). » D'après cette loi, dans les cas

(1) Cette théorie de l'accommodation a été développée dans un mémoire lu par M. Pinard à la *Société de chirurgie*. — Nous prions M. Pinard d'agréer nos sincères remercîments pour la gracieuseté avec laquelle il a bien voulu mettre ses notes à notre disposition.

(2) Pajot. — Art. *Accouchement* in *Dictionnaire des Sciences médicales*, p. 384.

de grossesse simple, étant donnée la forme du globe utérin, l'ovoïde fœtal se présentera, s'il n'existe rien d'anormal, par une de ses extrémités et par l'extrémité céphalique plutôt que par l'extrémité pelvienne. Mais dans la grossesse gémellaire, alors que les fœtus se gênent réciproquement, que souvent il existe une quantité considérable de liquide amniotique distendant l'utérus, comment se fera cette accommodation? D'autre part, lorsque au moment de l'accouchement un des fœtus est déjà sorti, que l'utérus n'est pas encore revenu sur lui-même, le deuxième enfant peut évoluer librement dans une cavité suffisamment grande et se présenter soit par le siége, soit par le tronc, fait qui, sans être d'une façon absolue une cause de dystocie, n'en est pas moins une circonstance défavorable.

Ces accidents peuvent se rencontrer tout aussi bien dans l'accouchement simple ; ce qu'il y a de spécial à l'accouchement multiple, c'est leur fréquence. Ainsi, dans une statistique basée sur 100,000 accouchements, M. Pinard a trouvé que, dans les accouchements multiples, le siége se presentait 1 fois sur 3, et l'épaule 1 fois sur 19 ; alors que, dans la statistique formée des mêmes éléments, on trouve, pour les présentations du siége, le rapport $\frac{1}{25}$ et, pour les présentations de l'épaule, le rapport $\frac{1}{125}$. — D'après Kleinwächter (Lehre von den Zwillingen, Prague 1871), les jumeaux naquirent dans le rapport pour les présentations du sommet de 69 0/0, pour les présentations du siége de 25 0/0, pour les présentations de l'épaule de 5 0/0 (1).

---

(1) Schrœder. — *Manuel d'Accouchements*, traduit par Charpentier, p 181.

Mais il peut arriver, et ceci est spécial à la grossesse gémellaire, que deux extrémités appartenant à des fœtus différents se présentent en même temps au détroit supérieur et s'empêchent réciproquement de descendre dans l'excavation, ou bien que deux extrémités pénètrent simultanément dans l'excavation et y restent enclavées, ou encore qu'une des extrémités de l'un des fœtus, étant déjà engagée dans le canal pelvien, le tronc de l'autre, placé transversalement, vienne mettre obstacle à l'expulsion du premier, comme cela est arrivé dans les cas rapportés par Jacquemier et par Baudelocque.

Ces faits sont rares, « mais lorsqu'on donne une grande étendue aux recherches, les cas exceptionnels se comptent, puis ils deviennent plus nombreux, enfin ils forment des groupes, et on peut alors les soumettre à la classification (1). » C'est ce que nous avons tenté de faire. Grâce aux indications de notre excellent ami et maître P. Budin, et à la complaisance de nos amis MM. Bouché, Maydieu et Richard, dont la connaissance approfondie des langues anglaise et allemande nous a permis de faire des recherches dans la littérature étrangère, nous avons pu recueillir un assez grand nombre de faits que nous diviserons d'après le mode dont les fœtus se sont présentés en sept groupes :

Les fœtus se présentent :

1° Tous les deux par le sommet ;

2° Le premier par le siége, le deuxième par la tête ;

3° Le premier par la tête, le deuxième par le siége ;

---

(1) Joulin, thèse d'agrégation, 1863.

4° Tous les deux par le siége;

5° Le premier par la tête, le deuxième par le tronc;

6° Le premier par le siége, le deuxième par le tronc;

7° Le premier par le tronc, le deuxième par le siége.

Notre étude portera exclusivement sur les cas de dystocie due à des fœtus multiples, isolés et contenus dans la même cavité de l'utérus. Nous avons laissé de côté les observations relatives aux jumeaux adhérents et aux fœtus multiples et isolés, mais contenus chacun dans une loge d'un utérus bicorne. Nous ne parlerons pas non plus des cas où le cordon étant commun aux deux enfants peut entraver leur expulsion.

DYSTOCIE SPÉCIALE

DANS LES

ACCOUCHEMENTS MULTIPLES

CHAPITRE Ier.

Causes.

Si on se demande pourquoi et comment, dans les cas de grossesse gémellaire, la position d'un fœtus peut arriver à gêner l'expulsion de l'autre, comment l'enclavement des deux peut se faire, on reconnaît qu'il existe des causes multiples dont les unes sont prédisposantes et les autres déterminantes.

I. — *Causes prédisposantes.*

Les causes prédisposantes se rapportent soit à la mère, soit à l'enfant.

A. Du côté de la mère : 1° Un bassin large permettra l'engagement d'une extrémité de chaque ovoïde fœtal et l'enclavement pourra s'en suivre. 2° S'il n'y a qu'une poche des eaux, c'est encore là une cause prédisposante. En effet, il sera beaucoup plus facile aux deux fœtus de s'accoler l'un à l'autre, d'évoluer dans la cavité utérine et de prendre les positions les plus diverses qui peuvent entraver l'ac-

couchement, de pénétrer enfin simultanément dans le bassin et de s'y trouver pris de telle façon que l'accoucheur doive intervenir.

B. Quant aux fœtus : 1° La grande raison qui permet leur introduction simultanée dans le canal pelvien, c'est leur petitesse. Il est rare, en effet, que dans la grossesse gémellaire, les enfants atteignent le volume normal : très-souvent l'accouchement a lieu avant terme ; et même lorsque la femme accouche au terme de sa grossesse, les enfants sont en général petits. 2° Les enfants n'étant pas accommodés peuvent, comme nous l'avons déjà dit, affecter les positions les plus diverses.

II. — *Causes déterminantes.*

1° La contracture de l'utérus. — Elle peut être spontanée, mais bien plus souvent elle sera due à l'ingestion intempestive du seigle ergoté. Lorsque l'orifice de l'utérus étant en partie dilaté, deux extrémités fœtales se présentent au détroit supérieur, si on administre du seigle ergoté, l'utérus éperonné se contractera tétaniquement, il n'y aura plus des contractions, mais une contraction permanente.

L'alternative de contraction et de relâchement qui est nécessaire, d'après la loi du professeur Pajot, citée plus haut, pour que l'accommodation puisse se faire, n'existant pas, les fœtus n'auront plus le temps de s'adapter ; ce sera une force brutale qui agira seule. On aura substitué à une action physique et vitale, physiologique, en un mot, une action mécanique, aveugle, et par cela même pathologique. Si alors le bassin de la mère est suffisamment large, les enfants assez petits, les deux extrémités qui se présentent au détroit supérieur pourront pénétrer simultanément dans l'excavation et s'y enclaver, soit que les deux fœtus se présentant par l'extrémité céphalique, la tête de l'un se place au niveau du cou de l'autre, soit que, l'un des fœtus se présentant par le siége et l'autre par la tête, le siége du premier se dégage, et que les deux têtes ayant pénétré en-

semble dans l'excavation, celle du second empêche l'extraction de celle du premier.

2° La poche des eaux appartenant au fœtus situé le plus haut peut faire saillie au-dessous de la partie du fœtus qui se présente le premier et l'empêcher de s'engager. C'est là le cas de Smellie, de Mauriceau.

3° Une autre cause qui peut se produire d'elle-même, et qui se produira mieux encore sous l'influence du seigle ergoté, c'est la rupture prématurée de la poche des eaux du deuxième fœtus. Si, comme cela est arrivé dans le cas de Carrière, le premier enfant se présente par la tête, si à côté de cette tête se trouve la poche des eaux du second, lequel se présente par l'extrémité pelvienne défléchie, et que cette poche vienne à se rompre, les pieds du dernier fœtus pourront glisser entre la tête du premier et la paroi utérine.

4° Enfin, comme le démontre l'observation suivante, une version intempestive peut changer une position naturelle en une position défectueuse.

OBSERVATION I (1).

Le cas suivant se présenta dans ma clientèle, il y a environ huit ans. Une primipare, âgée d'une vingtaine d'années, eut, pendant les deux derniers mois de sa grossesse, beaucoup à souffrir d'une albuminurie avec ses accompagnements. A terme, le travail s'établit lentement; au bout de vingt heures la dilatation était complète, mais alors les douleurs cessèrent. Comme les symptômes étaient pressants — prostration et encéphalopathie — et la présentation naturelle, je décidai de faciliter la délivrance en faisant la version. Pendant l'opération je reconnus l'existence d'un second enfant qui, lui aussi, se présentait par la tête; mais je ne songeai pas, à ce moment, qu'il y eût là une source de difficulté. Le corps fut extrait sans peine, mais la tête ne vint point. Cet arrêt était dû à la tête du second enfant qui, pendant la version du premier, était descendue dans l'excavation du sacrum et constituait,

(1) Woakes. — *British. Méd. Journ.* June 1868, p. 579.

par la proéminence de son occiput, un obstacle infranchissable au passage du premier enfant; l'occiput de l'un était étroitement enclavé dans la nuque de l'autre; l'un et l'autre ne pouvaient ni avancer ni reculer. Les douleurs reparurent à ce moment avec une violence effrayante. Je ne connaissais alors aucun cas semblable, et je crus devoir intervenir vite parce que la violence des douleurs menaçait à chaque instant de rompre le périnée et le rectum. Un médecin de mes amis arriva à temps pour approuver ce que je croyais être la seule conduite à tenir, savoir : couper la tête du premier fœtus, les battements du cordon ayant cessé depuis longtemps. L'opération se fit très-facilement, avec un simple bistouri. La tête séparée remonta; le second fœtus fut expulsé sans un moment d'arrêt et, heureusement, sans lésion des parties molles de la mère. Il était mort. Aucune autre difficulté ne survint dans la suite et la malade guérit très-bien.

Dans sa thèse (1) M. Budin rapporte une série d'expériences prouvant que, pour extraire un enfant à terme, il vaut mieux appliquer le forceps que pratiquer la version. Cette indication est encore plus nette dans les cas de grossesse gémellaire que dans les cas de grossesse simple ; et Woakes, tentant la version alors qu'une application de forceps était possible, a commis une faute qui eut pour résultat de lui créer de grandes difficultés et de causer la mort des deux enfants.

---

(1) Budin, *De la tête du fœtus au point de vue de l'Obstétrique*, thèse de Paris, 1876.

CHAPITRE II.

Exposition des divers cas qui peuvent se présenter.

§ 1. — Les deux fœtus se présentent par le sommet.

Les cas de dystocie, les deux enfants se présentant par la tête, sont rares, cette présentation étant une des plus favorables pour l'accouchement dans les grossesses gémellaires. Si la femme arrive à terme, il peut y avoir une accommodation partielle, la tête de l'un des fœtus descendant un peu plus que l'autre et commençant à s'engager dans le petit bassin.

Lorsque les deux têtes se présentent simultanément au détroit supérieur, elles glissent l'une sur l'autre, la première descend et s'engage, la seconde, au contraire, remonte dans l'utérus, à moins que, comme dans le cas de Smellie, par exemple, une disposition anormale des membranes ne les en empêche. Ce cas et celui de Lespinasse sont du reste les seuls que nous ayons trouvés où la marche de l'accouchement se soit arrêtée les deux têtes étant au détroit supérieur. Et encore, dans le cas de Smellie, était-ce non pas la tête, mais bien la poche des eaux du second fœtus qui empêchait le premier de descendre.

OBSERVATION II (1).

On me pria de venir voir une femme d'une constitution

(1) Smellie. — *Observations sur les accouchements*, t. 3, p. 402.

tendre et délicate, qui avait eu beaucoup de peine à son premier travail. On m'appela pour elle sur le soir, et je trouvai l'orifice de l'utérus fort peu dilaté. La tête de l'enfant se présentait, mais les douleurs étaient faibles et rares. Comme je m'attendais que le travail serait long comme le précédent, j'envoyai quérir madame Maddocks, ma sage-femme, pour garder la malade, et je lui recommandai de m'appeler quand l'accouchement serait près de se faire. Au bout de deux heures, on vint m'avertir, et je trouvai l'orifice de l'utérus fort ouvert et les membranes poussées hors de l'orifice externe qui avait quelque chose d'extraordinaire au toucher. Lorsque j'introduisis mon doigt dans le vagin, je sentis que ces membranes et ces eaux étaient comme à côté de la tête. Comme l'orifice de l'utérus était bien dilaté, et que ces membranes, avec une petite quantité des eaux, pendaient hors des parties externes, je les déchirai; mais, à la douleur suivante, ayant touché la malade, je trouvai un autre paquet de membranes et d'eaux au-devant de la tête. Je sentis de plus à travers que la fontanelle se présentait, et par le moyen des sutures, que le front était du côté gauche et le vertex du côté droit. Craignant que cette posture ne causât un long travail, je repoussai en haut le front, afin de donner lieu au vertex d'avancer. En faisant ce mouvement, les membranes se rompirent, et la tête fut poussée immédiatement vers la partie inférieure du bassin. A l'aide de deux ou trois douleurs encore, quoique la fontanelle se présentât dans le milieu, néanmoins comme l'enfant était petit, je tournai la face et le front vers les parties postérieures du bassin et la concavité du sacrum et le vertex sous le pubis, et il fut bientôt délivré. Après avoir lié et coupé le cordon et donné l'enfant à tenir à un assistant, j'examinai la malade pour voir si le placenta venait, mais à sa place je sentis la tête d'un autre enfant qui se présentait, et comme je ne sentis au-devant ni eaux ni membranes, j'en tirai la conclusion que c'étaient ces membranes qui avaient paru les premières. Le vertex se présentait. La malade ressentait de nouvelles douleurs et n'avait été aucunement affaiblie par le premier travail; les membranes ayant été rompues et les eaux écoulées, il aurait été imprudent de retourner l'enfant et de l'amener par les pieds, comme j'avais coutume de le faire dans les autres cas où les membranes n'étaient pas rompues. Pour lors je ne dis pas à la malade que c'était un second enfant, de peur qu'elle se chagrinât, mais je lui dis que j'avais coutume d'attendre pour voir si le placenta ne viendrait pas de lui-même et sans peine par le moyen des arrière-douleurs, et le second enfant n'ayant pas fait attendre longtemps après lui, donna beaucoup de joie à la mère et à

ceux qui étaient présents. Les deux placentas vinrent ensemble en forme d'un gâteau.

OBSERVATION III (1).

Chez une jeune primipare bien constituée, la tête, malgré des douleurs violentes et multipliées, s'arrêta dans une position favorable à l'entrée du bassin, et même parut de temps en temps moins accessible. Cet état fâcheux ayant duré plus de quatre heures, les contractions utérines commencèrent à s'affaiblir, mais furent bientôt réveillées par le seigle ergoté. L'observateur ne comprit pas d'abord les raisons de ce singulier arrêt dans l'accouchement. Trois heures après seulement, alors que le col se fut complétement effacé, la tête commença à descendre plus bas dans le bassin au milieu de contractions très-énergiques, et la femme accoucha d'un enfant extraordinairement petit. La présomption d'une grossesse gémellaire se changea bientôt en certitude, car peu de minutes après les douleurs reprirent et une nouvelle exploration fit constater la présence d'une tête au détroit supérieur. Ce second accouchement s'accomplit rapidement.

Ainsi quand les deux têtes se présentent simultanément au détroit supérieur, elles peuvent ne pas s'engager et le travail s'arrêter ; mais il n'y a pas là, à proprement parler, cause de dystocie puisque, dans les deux observations que nous venons de citer, nous voyons qu'il a suffi à Smellie de percer la poche des eaux et à Lespinasse de ranimer les contractions utérines pour déterminer l'engagement de l'un des fœtus ; et l'accouchement s'est effectué sans intervention chirurgicale.

D'autres fois, les deux têtes se présentent, celle du second en'ant placée sur le cou du premier. Elles pénètrent ensemble dans l'excavation et s'y trouvent arrêtées, ou encore la tête du premier peut franchir la vulve et l'accouchement ne pas se faire ; ainsi qu'on va le voir dans les observations suivantes.

---

(1) Lespinasse. *Monats. f. Geburts.* 1857, p. 220.

OBSERVATION IV (1).

La tête d'un des enfants se présentait en position occipito-antérieure; elle était petite et assez mobile dans l'excavation pour que les contractions, quoique faibles, eussent dû depuis longtemps l'expulser, si les épaules n'avaient été retenues au détroit supérieur, et je reconnus alors la cause du retard de l'accouchement. Une seconde tête se présentait après la première et était fortement fixée au détroit supérieur; elle s'était logée dans l'espace compris entre la tête et l'épaule du premier enfant et s'opposait à l'engagement des épaules de ce premier fœtus. Je soulevai cette seconde tête, et les contractions que j'avais ranimées à l'aide du seigle ergoté ne tardèrent pas à dégager ce premier enfant, qui fut suivi immédiatement du second. Ces deux produits étaient contenus dans le même chorion. Quant au troisième enfant, qui était solitaire, son expulsion s'effectua par la présentation pelvienne et sans rien présenter de remarquable.

OBSERVATION V (2).

H. C. 36 ans, non mariée, entre à la Maternité d'Edimbourg, le 8 septembre 1849, jambes gonflées, pas d'albumine dans les urines, primipare. Pense accoucher dans 3 semaines.

Le 29 septembre. Se plaignit de douleurs abdominales et crut être en travail. Comme le col de l'utérus n'était pas ouvert et que les contractions de la matrice étaient imperceptibles à l'extérieur on ordonna un lavement d'amidon laudanisé. La lèvre antérieure du col utérin était gonflée et tendue et l'écoulement avait une odeur fétide très-reconnaissable. On entendait le cœur fœtal également à droite et à gauche.

30 septembre. La malade n'a pas dormi la nuit. Les douleurs reviennent toutes les 20 minutes, continues et sont plus pénibles. Le col utérin continue à être fermé. On donne une injection d'eau tiède, on administre de l'opium: la malade dort 6 heures.

1er octobre. Entre 2 et 3 heures de l'après-midi on envoie chercher le médecin de la maison parce qu'elle ne peut pas uriner. Il introduisit le cathéter et tira plus d'une pinte d'urine.

---

(1) Chailly-Honoré, *Traité pratique de l'art des accouchements*, p. 504.
(2) Graham Weir *Edimb. Med. journ.* 1860.

Les douleurs revenaient toutes les dix minutes et étaient très-violentes. Le médecin donna du chloroforme à 10 heures de l'après-midi. Le col paraissait à ce moment très-dilatable, on pouvait l'ouvrir jusqu'à un diamètre de deux pouces et demi. La tête se présentait en O. I. G. P. et la main gauche était appliquée derrière l'oreille droite. Le sacrum était très-proéminent. En passant les doigts au-delà de la tête, on trouva un second enfant couché, avec sa figure dirigée vers le cou du premier, son menton appuyé sur le haut du sternum de celui-ci et son occiput en rapport avec le pubis de la mère. Le chirurgien attendit 4 heures. Pendant ce temps les douleurs étaient très-pénibles et survenaient toutes les trois minutes ; mais trouvant que la tête du premier enfant n'avançait pas et que le col était complétement dilaté, il reconnut que l'obstacle dépendait de la position de la seconde tête qui empêchait la descente du corps du premier enfant. Il tâcha de changer la position de la tête du second ; il la fit monter jusqu'au contact de l'abdomen du premier et rectifia la position du bras gauche ; mais il trouva, deux heures après que cette tête était revenue à sa place première.

Dans la soirée la malade fut agitée ; le pouls rapide et misérable : il devint évident que la délivrance ne serait pas naturelle. On vint me chercher ; et, après examen, je crus urgent d'intervenir. Sous ma direction, on appliqua le grand forceps à la tête du premier enfant, tandis que moi-même je repoussais autant que possible la tête du second et l'empêchais de descendre jusqu'à ce que la tête du premier fut engagée. Une traction considérable fut nécessaire pour extraire la tête et même pour terminer l'accouchement. Le cordon battait faiblement quand l'enfant fut né ; mais on le rappela à la vie en le plongeant alternativement dans l'eau froide et dans l'eau tiède. Au bout de dix minutes la tête du second enfant prit sa position au détroit et comme je trouvais dangereux de laisser plus longtemps la femme en travail, j'ordonnai de délivrer le second enfant par le forceps. Le placenta était unique : la délivrance se fit avec une très-légère hémorrhagie. Le premier enfant, un mâle, pesait 7 livres et mesurait 20 pouces de long; le second, une fille, pesait 6 livres 1/2 et mesurait 18 pouces. Le placenta pesait 2 livres. Les cordons avaient 15 et 20 pouces de long.

A la suite de sa couche la mère eut une parotidite suppurée et sortit complétement guérie au bout de six semaines.

OBSERVATION VI (1).

J'ai été appelé, il y a quelques jours, pour assister une femme dans ses couches. Il s'agissait d'un troisième accouchement. Le travail marcha très-lentement. Cependant, une tête ayant franchi le détroit inférieur et restant immobile, je touche, et qu'est-ce que je reconnais? Une seconde tête placée dans l'excavation du bassin et faisant obstacle à la terminaison de l'accouchement.

S'agissait-il de deux enfants libres ou unis l'un à l'autre? Je ne pouvais résoudre cette question. Il fallait agir pourtant, car les contractions de la matrice étaient très-énergiques depuis longtemps. Je parvins à introduire la main, à refouler la tête supposée, et avec raison, appartenir à un second enfant libre, et j'accrochai l'épaule du premier, qui fut extrait privé de vie et avec l'humérus fracturé.

Quant à l'autre fœtus, il vint au monde environ dix minutes après avec une tête aplatie et dans un état de semi-asphyxie, qui nécessita de grands soins. La tête a repris bientôt sa forme naturelle et aujourd'hui l'enfant va bien. S'il y eût eu adhérence des deux fœtus, il eût fallu sans doute opérer la détroncation.

Le premier enfant était le plus gros.

OBSERVATION VII (2).

Une juive, âgée de 16 ans, d'une forte constitution, primipare, eut des accès éclamptiques au moment où le col était déjà complétement dilaté ; le liquide amniotique s'était écoulé.

L'accoucheur qui avait été appelé, fit une application de forceps sur la tête qui se présentait et l'amena au dehors; mais il fut incapable d'extraire le tronc, et, en pratiquant le toucher, il trouva une autre tête dans l'excavation.

Ayant été appelé, je trouvai mon collègue qui se préparait à sectionner le cou du fœtus. Ce premier enfant était déjà mort; les battements du cœur du second avaient également cessé d'être perceptibles. La tête déjà sortie était légèrement inclinée vers le côté gauche de la symphyse pubienne et le cou avait été allongé par les tractions; l'occiput de l'autre en-

(1) Duhamel. — *Gazette des Hôpitaux*, 1853, p. 210.
(2) Reimann. — *The American Journal of Obstetrics*. Janv. 1877, p. 56.

fant était dirigé du côté droit. La mère était très-excitée et en même temps très-affaiblie. J'appliquai le forceps sur la seconde tête et l'amenai très-facilement. On fit alors l'extraction des deux troncs : celui du premier enfant sortit le premier. Ces deux enfants étaient du sexe masculin, d'une taille moyenne et mort-nés. Ils étaient placés chacun dans une poche amniotique séparée. La mère mourut le cinquième jour, de péritonite.

OBSERVATION VIII. (1)

Jarnotowsky, de Posen, pratiqua la section du cou du premier enfant. Il fut appelé dans un village situé à 6 milles de la ville à 4 heures de l'après-midi et il trouva une femme âgée de 22 ans, célibataire, d'une constitution faible et qui accouchait de son premier enfant. Les douleurs avaient commencé pendant la nuit. Au début, elles étaient intenses, mais irrégulières, puis elles avaient diminué. Depuis quatre heures le travail n'avait fait aucun progrès. L'accoucheur trouva entre les cuisses de la mère une tête d'enfant complétement immobile. Il essaya en vain soit de la repousser, soit de l'extraire. Le doigt glissé le long du cou de l'enfant, rencontra une seconde tête qui appuyait fortement sur le cou du premier enfant ; le médecin ne réussit pas mieux quand il essaya de repousser cette seconde tête. Voyant que le premier enfant avait cessé de vivre, l'accoucheur se décida à détacher sa tête, afin d'avoir plus de place pour extraire le second. N'ayant avec lui aucun instrument propre, il sectionna le cou avec un simple scalpel et constatant que le corps devenait plus mobile, il le repoussa dans la cavité utérine aussi loin que possible, appliqua le forceps sur la seconde tête et à l'aide de tractions énergiques parvint à extraire un enfant mort. Il introduisit alors sa main, mit un doigt dans l'aisselle de l'enfant qui restait, attira le tronc dans le vagin et, avec l'aide des contractions utérines, parvint à l'extraire. L'enfant était régulièrement constitué et bien développé.

Il n'y avait qu'un placenta, mais deux poches. La mère guérit ; mais il y eut une fistule vésico-vaginale du diamètre d'une pièce de un franc. Elle succomba une année plus tard à une autre affection.

---

(1) Jarnatowsky. — *The American Journal of Obstetrics.* Janv. 1877, p. 52.

OBSERVATION IX (1).

Une femme multipare, forte, âgée de 33 ans, fut prise de douleurs au terme régulier de sa septième grossesse pendant laquelle elle avait éprouvé des fatigues plus grandes et un œdème des extrémités inférieures. Les douleurs cessèrent complétement après avoir duré environ 3 heures, temps après lequel, au dire de la sage-femme, le col était dilaté d'environ deux pouces. Les précédents accouchements de la femme avaient été simples, s'étaient accomplis régulièrement et les produits avaient toujours été vivants. La femme était d'autant plus effrayée de la cessation de ses douleurs dans le cours de l'accouchement, que les incommodités significatives mentionnées plus haut, et des troubles dans son état habituel pendant sa grossesse actuelle, avaient éveillé en elle des appréhensions sur l'issue de l'accouchement. Cependant la sage-femme la consola, et quand après 36 heures, les douleurs reparurent, la crainte et l'anxiété de la femme en travail se dissipèrent. En même temps que la poche des eaux se rompit, le col étant complétement dilaté, il s'écoula beaucoup de liquide amniotique et des douleurs expulsives poussèrent la tête qui se présentait à travers le bassin. Mais à ce moment survint un retard inopportun ; car le tronc de l'enfant, malgré les douleurs les plus fortes, malgré tous les efforts imaginables de la femme en travail, et l'aide de la sage-femme qui exerçait des tractions sur la tête, ne voulut pas, ou plutôt ne put pas suivre. L'assistance d'un médecin devint alors nécessaire. A mon arrivée, je trouvai la femme s'agitant impatiemment sur sa couche, tourmentée par les douleurs les plus violentes qui se succédaient coup sur coup.

Cependant l'état général était encore passablement bon, et la réaction sur les systèmes circulatoire et nerveux n'était pas encore appréciable. La face était rouge, la malade se plaignait de céphalalgie et de soif, le pouls cependant était normal et battait 80 pulsations à la minute.

La palpation du bas-ventre dans ces conditions ne donnait que peu de résultats. L'utérus était presqu'en entier à gauche, son fond atteignait les côtes inférieures ; pendant les intervalles très-courts des douleurs, il ne devenait pas complétement mou, cependant on pouvait percevoir, en différents endroits, de petites portions de fœtus, mais cela n'était qu'ins-

(1) **Franke.** — *Monats. f. Geburts.*, 1862.

tantané, car pendant la douleur suivante, l'utérus se gonflait au point qu'il ne fallait pas songer à l'exploration pendant ce temps.

L'auscultation donnait également des signes négatifs, et les mouvements du fœtus qui, auparavant, avaient été très-distinctement sentis par la femme, n'étaient plus appréciables ni pour elle, ni pour nous. La tête de l'enfant était complétement dégagée, l'occiput tourné vers la cuisse droite, le visage vers la gauche; la tête, d'ailleurs, était mobile en tous sens. L'empreinte de la tête indiquait qu'elle avait été en seconde position pariétale, ce qui avait été reconnu par la sage-femme. Les circonstances ne laissaient aucun doute sur la mort de cet enfant. L'exploration extérieure ne donnait donc aucune indication sur la nature de l'obstacle. Cependant on pouvait déjà exclure certaines raisons qui peuvent mettre obstacle à l'issue du corps après le dégagement de la tête. Ainsi on ne pouvait accuser l'enroulement du cordon, l'insuffisance des douleurs,car les contractions se succédaient nombreuses et fortes. On n'avait pas affaire non plus à un de ces cas rares d'ailleurs, dans lesquels l'utérus se rétracte en arrière et au-dessus du fœtus, et ne peut plus contribuer à la propulsion de celui-ci (cette circonstance se reconnaît facilement par la palpation abdominale, dans laquelle la main trouve l'utérus déjà passablement rétracté). De même, on devait exclure une étroitesse du bassin, car d'abord les accouchements précédents de la femme s'étaient effectués normalement, de plus, celle-ci, depuis le sixième, n'avait eu aucune affection capable de rétrécir le détroit supérieur; en second lieu, la tête de l'enfant avait déjà traversé sans obstacle le bassin. Mais il pouvait y avoir là un rétrécissement relatif, c'est-à-dire un fœtus ou une partie fœtale fortement développée. Cependant comme la tête dégagée n'était pas trop grosse, on ne pouvait supposer que l'obstacle vint d'épaules trop larges, alors que chez des fœtus gros et forts, avec des épaules larges, le diamètre et la circonférence de la tête sont au moins plus forts que dans les cas ordinaires. Par contre, il était possible qu'une position vicieuse des épaules mit obstacle à la sortie du reste du corps, mais cette supposition n'était pas vraisemblable, puisque la position de la tête ne lui donnait pas raison d'être.

Mais l'étroitesse relative du bassin pouvait bien être motivée par des kystes ou des tumeurs du fœtus, une hypertrophie des organes internes, une distension de la vessie, une anasarque, une hydropisie du thorax et de l'abdomen, par l'existence d'un fœtus à deux têtes, ou enfin par la présentation vicieuse de la tête d'un second fœtus.

Outre l'évolution de la grossesse et les données incertaines de l'exploration extérieure, les raisons qui permettaient de supposer l'existence d'une grossesse gémellaire, ou d'un fœtus à deux têtes, étaient la position et le volume de l'utérus (qui, après la sortie de la tête, s'élevait encore jusque dans l'hypochondre gauche) ; et la mobilité parfaite de la tête qui permettait de poser un diagnostic vraisemblable entre les deux suppositions énoncées. En effet, d'après Hohl « dans les cas de fœtus à deux têtes, celle des têtes qui est sortie est fortement appliquée par la nuque contre le pubis, la face tournée en avant et un peu en haut, et la partie antérieure du cou est allongée. »

Le toucher confirma la supposition d'une grossesse gémellaire, car la main introduite par-dessous le premier fœtus atteignait une deuxième tête, qui était fortement appliquée, en première présentation du sommet, contre le cou du premier fœtus, dans l'excavation pelvienne.

Après avoir fait placer la malade sur le lit d'accouchement, le forceps fut appliqué sur la deuxième tête, qui était au détroit supérieur. L'application de l'instrument n'était, on le comprend, pas aussi facile que dans les cas ordinaires, cependant elle ne présentait pas de difficultés excessives.

Avec la meilleure volonté du monde, la femme ne pouvait se défendre de pousser pendant ses douleurs, et pour cette raison, une résolution légère, amenée par le chloroforme, eut été de mise, si nous avions eu ce moyen sous la main. La branche droite du forceps reposait sur le frontal droit, car la tête était encore obliquement située, la suture sagittale étant dirigée suivant le diamètre oblique droit, l'occiput tourné à gauche et en avant. L'opération en elle-même était très-légère, car après quelques tractions, l'enfant fut dégagé et des douleurs consécutives expulsèrent le tronc du deuxième enfant, lequel fut ainsi mis au monde le dernier, quoique depuis plusieurs heures sa tête eut été dégagée. Les deux enfants, du sexe masculin, avec toutes les apparences de la maturité, et de bonne grosseur, étaient morts. Le cœur de l'enfant accouché au forceps battait encore faiblement, mais toute tentative de le rappeler à la vie demeura infructueuse. Le placenta commun aux deux fœtus, avec un amnios et un chorion unique, suivit immédiatement le deuxième enfant, puis vint une hémorrhagie abondante qui fut arrêtée par des frictions sur le fond de l'utérus. Les suites de couches furent sans accidents.

Lors donc que les deux têtes pénètrent ensemble dans le

petit bassin, l'une appuyée sur le cou de l'autre, la dernière se trouve entraînée par une partie saillante du premier fœtus qu'elle accroche en général par le menton, soit que celui-ci bute contre l'épaule, comme dans le cas de Chailly-Honoré, soit qu'il prenne un point d'appui sur le sternum, comme l'a observé Graham Weir.

Quelle sera, dans ces cas, la terminaison de l'accouchement ? Les fœtus peuvent être expulsés spontanément et en même temps (Chailly-Honoré) ; mais pour cela, il faut que les fœtus soient extrêmement petits : le plus souvent l'accoucheur devra intervenir.

M. Bailly a publié, il n'y a pas longtemps, le cas suivant où, comme on peut le voir, d'après l'observation et la planche qu'il a bien voulu nous autoriser à reproduire, la tête du premier enfant s'est d'abord engagée, puis celle du second, poussée par des contractions utérines violentes, est venue se placer, comme un coin, entre la paroi postérieure de l'abdomen et le premier enfant, a appuyé sur le thorax de celui-ci, l'a déprimé et empêché d'avancer.

OBSERVATION X.

Grossesse gémellaire. Engagement simultané des deux enfants. Mort pendant le travail du premier jumeau, dont le thorax est écrasé par la tête du second. Arrêt du travail. Double application de forceps. Extraction d'une fille vivante. Rétablissement de la mère (1).

Madame Os..., 35 ans, épouse le 19 août 1875, son cousin-germain ; je mentionne à dessein ce degré de parenté, qui peut avoir ici de l'importance, comme on le verra par la suite. Madame Os... n'a pas eu ses règles depuis son mariage, et le 17 mai 1876, vers cinq heures du matin, elle ressent les premières douleurs de l'accouchement, immédiatement suivies de la perte des eaux de l'amnios. A partir de ce moment, les contractions se succèdent régulièrement, elles sont rapprochées et fortes, et ce même jour, à deux heures du soir, la dilatation était complète. Cependant, malgré la persistance

(1) Bailly. *Archives de tocologie*, novembre, 1876.

d'efforts expulsifs énergiques, la partie fœtale n'avance plus. A trois heures, M. le docteur Pignol, appelé par la sage-femme qui donnait des soins, avait trouvé le crâne vers le milieu de l'excavation pelvienne. A neuf heures du soir, quand je vois Madame Os..., la tête se trouve encore à la même hauteur, recouverte d'une bosse œdémateuse épaisse, qui masque les sutures et les fontanelles, de manière à rendre le diagnostic de la position du crâne impossible par le toucher. L'oreille perçoit les pulsations d'un cœur d'enfant dans la moitié gauche du ventre, mais elles sont faibles ; rien à droite. La main sent la matrice uniformément tendue et dure, mais n'y distingue aucune partie fœtale.

On est d'ailleurs vivement frappé du développement énorme de l'abdomen chez Madame Os..., et l'idée d'une grossesse gémellaire se présente de suite à l'esprit ; mais il est impossible de la contrôler, puisque la palpation abdominale est, pour ainsi dire nulle, et que l'auscultation n'établit pas nettement l'existence de deux enfants. Nous apprenons toutefois en questionnant Madame Os..., qu'elle appartient à une famille où des grossesses gémellaires ont été observées. Une tante commune au mari et à la femme (sœur de leurs pères), a eu des jumeaux à sa première couche. Une cousine-germaine a également donné le jour à deux enfants d'une seule couche. Madame Os... paraît donc prédisposée héréditairement à une grossesse gémellaire, qui serait la troisième observée dans cette famille depuis quelques années.

Quoi qu'il en soit de la valeur de cette opinion, l'arrêt de la partie fœtale dans le petit bassin depuis six heures déjà, malgré un travail très-énergique, indiquait très-positivement l'emploi du forceps. M. le docteur Pignol, bien connu de toutes les personnes de la Clinique par son zèle éclairé pour l'obstétricie, applique l'instrument avec son habileté accoutumée. La tête fœtale, pourtant bien saisie, oppose une assez vive résistance aux efforts de l'opérateur, et n'est amenée au dehors qu'après des tractions énergiques et prolongées. Le dégagement du tronc n'est pas moins laborieux ; j'en puis parler sciemment, ayant eu à effectuer ce dernier temps de l'opération. Il me fallut tirer assez fortement sur les côtés de la tête pour amener les épaules à portée du doigt indicateur et lui permettre d'accrocher une des aisselles. Ce fut l'épaule gauche que je saisis d'abord, et je pus m'assurer qu'elle se trouvait directement à gauche du bassin, et que, par conséquent, le thorax n'avait pas effectué sa rotation habituelle dans l'excavation pelvienne. En agissant de même sur l'épaule droite, je parvins à extraire un garçon d'un développement moyen, qui nous frappa de suite par les trois particularités

suivantes : 1° il était mort, et la mort paraissait remonter à quelques heures : 2° il offrait un état de contracture générale des muscles ; les pieds et les mains se trouvaient fortement crispés, et les membres abdominaux présentaient une rigidité tétanique qui permettait d'enlever le cadavre tout d'une pièce en saisissant un de ces membres ; 3° enfin, on remarquait un aplatissement antéro-postérieur considérable du thorax, réduit à la moitié de son épaisseur normale, et un élargissement correspondant de cette même portion du tronc. Cette déformation est permanente et parait avoir été produite par une compression prolongée de la poitrine (*fig.* 1) ; elle se re-

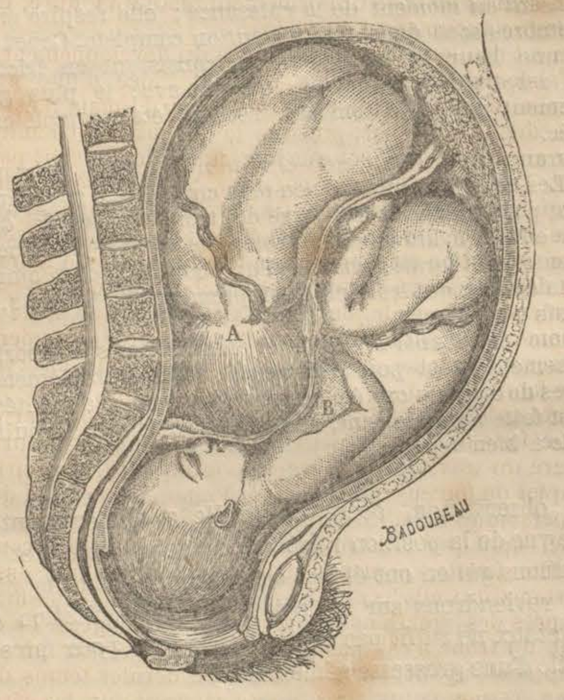


Fig. 1.

produit immédiatement par l'élasticité des côtes dès qu'on cesse l'effort transversal qui l'avait fait momentanément disparaître. Aussi la respiration artificielle, que je pratique pendant dix minutes par acquit de conscience, n'a-t-elle altéré aucunement cette conformation singulière de la poitrine chez

cet enfant. Nous en rechercherons bientôt et trouverons sans peine l'explication.

Le ventre reste gros après la sortie de cet enfant, et il est de suite évident que l'utérus en renferme un second. On sent une tête engagée dans le tiers supérieur de l'excavation, en position occipito-pubienne, et l'on entend les battements du cœur d'un fœtus sous l'ombilic. Au bout d'une demi-heure, les contractions utérines momentanément interrompues, se réveillent et abaissent faiblement la tête. Comme au bout d'une demi-heure, celle-ci ne s'était pas avancée vers la vulve, M. Pignol rompt les membranes, applique de nouveau l'instrument et amène sans difficulté une fille vivante, un peu moins forte que son frère. Son état, du reste, est loin d'être satisfaisant au moment de la naissance ; elle respire mal, et les membres sont dans une résolution complète. Cependant, après une heure de soins assidus, consistant en frictions, bains, respiration artificielle, donnés avec le plus grand dévouement par mon confrère, l'enfant était complétement ranimée.

Délivrance naturelle trente-cinq minutes après l'accouchement. Les deux placentas, à peu près circulaires, sont séparés par un pont membraneux large de trois travers de doigt. Chaque enfant avait une loge complète, c'est-à-dire que les deux œufs sont formés chacun d'un chorion et d'un amnios, et que la cloison qui les sépare comprend quatre feuillets, que je réussis à séparer.

Madame Os... d'abord fatiguée et affaiblie par son laborieux accouchement, s'est pourtant remise assez promptement, et les suites de couches ont été simples. Le 20 mai, la montée du lait s'est faite normalement, l'enfant a pris le sein de suite et continue à bien venir.

Cette observation, outre ce qu'elle a d'intéressant au point de vue de la position relative des deux fœtus et des déformations qui en ont été la conséquence, nous montre, et nous reviendrons sur ce point, que l'auscultation des bruits fœtaux ne suffit pas dans tous les cas pour faire le diagnostic d'une grossesse gémellaire.

§ 2. — Le premier enfant se présente par le siége, le deuxième par la tête.

Lorsque le premier enfant se présente par le siége, sur-

tout s'il vient en présentation du siége défléchi, la tête de l'autre pourra pénétrer dans le bassin en même temps que lui. D'autre part, le siége du premier peut s'engager tout d'abord et descendre dans le canal pelvien, mais sa tête accrochant celle du second l'entraîne avec elle. De quelque façon que se fasse l'engagement simultané, les fœtus se trouvent arrêtés. Quelquefois, le premier fœtus n'était sorti que jusqu'à l'ombilic quand l'accoucheur a été appelé à intervenir; mais le plus souvent le tronc entier était dégagé.

Dans certains cas, les fœtus étant très-petits, les contractions utérines fortes et soutenues, l'accouchement a pu s'effectuer spontanément.

OBSERVATION XI (1).

Anne Binder, âgée de 16 ans, primipare, fut prise de douleurs le dimanche 24 juillet 1809. Elle avait près d'elle une sage-femme de beaucoup d'expérience qui, pourtant, ne pouvant mener l'accouchement à bonne fin m'envoya chercher dans la soirée. J'examinai la malade et trouvai que le corps de l'enfant était dehors ainsi que les bras. Le cordon, les extrémités inférieures et une partie des parois de l'abdomen étaient putréfiés.

J'en conclus que l'enfant était mort depuis quelque temps. Sa face était tournée vers le pubis de la malade et se trouvait tellement enclavée au détroit inférieur qui était excessivement étroit et rigide que j'eus beaucoup de peine à extraire les épaules et je ne réussis à empêcher la déchirure du périnée qu'en apportant des soins et une circonspection inouïs. Je pensais que la tête suivrait les épaules, mais il n'en fut pas ainsi. Craignant d'user de trop de violence et de rompre le cou, sachant aussi que dans ce cas la tête serait restée dans la matrice et qu'il eût fallu l'en retirer avec des instruments, étant convaincu en outre par la putréfaction du corps qui datait de quelque temps, — le cou était déjà luxé par les efforts que j'avais faits, — je gardai une inaction momentanée, et peu après, en examinant la malade, je m'aperçus que la tête d'un second enfant se trouvait plus bas dans le bassin que celle du premier. Le crâne tourné vers le pubis, la face vers

(1) Clough. — *Méd. and Physical Journ.*, vol. XXV, p. 29.

le sacrum, la tête du premier se trouvant appuyée sur l'arcade pubienne. Comme les contractions utérines continuaient avec vigueur, je n'intervins pas et vers 9 heures, la malade accoucha du second enfant. La tête du premier suivit aussitôt avec tant de rapidité et de force que je pus à peine empêcher une déchirure du périnée. Les placentas réunis sortirent naturellement de 20 à 25 minutes après ; le cordon du premier enfant était presque détruit, au niveau de son insertion placentaire, par le passage de la tête du second à l'orifice externe. C'était des jumelles; toutes deux étaient mortes. La mère guérit en moins de trois semaines.

OBSERVATION XII (1).

A une heure du matin, le 11 août 1822, je fus appelé auprès de Mme Welch, femme frêle et petite qui était à son troisième accouchement et qui, selon sa sage-femme, était en travail depuis huit heures, un des bras se présentant.

Je trouvais les membranes entières, mais vides, selon toute apparence. Le travail en était à ce point que le col était effacé. Le membre qui se présentait était un genou gauche, et avec lui un crâne. J'essayais de repousser le genou afin de faire descendre la tête, mais en vain, à cause des contractions puissantes et douloureuses de l'utérus. Les membranes étant très-dures et parfaitement vides et flasques, j'eus quelque difficulté à les lacérer pour introduire mon index entre la jambe et la cuisse afin d'accrocher le jarret de l'enfant. En tirant dessus, je sentis la tête remonter. Le corps ayant été retiré, le bras droit se trouva absolument enclavé entre l'occiput et la symphyse pubienne et ne put être dégagé qu'avec difficulté et après l'extraction du bras gauche. Comme il n'y avait pas de pulsations dans le cordon, j'allais introduire, comme cela se fait, deux doigts de la main gauche dans la bouche de l'enfant, afin d'abaisser le menton jusqu'au sternum et de hâter l'accouchement quand je découvris que l'excavation du sacrum était occupée par la tête d'un autre enfant dont le corps se trouvait encore au-dessus du détroit supérieur. La figure du second enfant se trouvait tournée vers le sacrum et son occiput en contact absolu avec la gorge du premier. La nuque de celui-ci était appliquée à la symphyse pubienne de la mère et sa figure à la nuque de celui dont le corps se trouvait encore dans la matrice. Les têtes étant ainsi

(1) Allan. — *Méd. Chir. Transactions*, vol. XII, p. 336.

placées, il eût été impossible même, ne tenant aucun compte des contractures douloureuses de la matrice, de soulever celle qui se trouvait dans l'excavation du sacrum sans soulever l'autre encore plus ; et les essais que je fis d'extraire celle qui était derrière la symphyse firent descendre l'autre avec tant de force que je craignis une rupture du périnée. Dans ce dilemme, j'hésitais un moment; car, à mon avis, ce cas était unique; mais après un moment de réflexion, j'adoptais une méthode d'extraction que je décrirai tout-à-l'heure (1) et qui peut-être pourra être utile dans des circonstances semblables.

Grâce à la petite taille des enfants, elle fut inutile cette fois-là ; une contraction puissante ayant évacué la matrice d'un seul coup, et sans aucun aide. Les deux enfants étaient morts : ils naissaient au moins six semaines avant terme. La mère eut une violente métrite dont les symptômes furent de grandes douleurs utérines, suppression des lochies, fièvre et une photophobie intense. Trois saignées, donnant ensemble 2,280 gr. et des purgations réitérées avec d'autres moyens appropriés firent disparaitre ces symptômes et elle guérit parfaitement.

Reimann (2) signale encore les observations suivantes, dans lesquelles l'accouchement se serait terminé de la même façon.

OBSERVATION XIII.

Ferguson rapporte le cas d'une femme bien conformée et enceinte pour la seconde fois. Un enfant fut expulsé jusqu'à l'ombilic et, s'arrêta alors, sans que les tractions faites sur lui pussent opérer la délivrance. Trouvant une autre tête dans le bassin, Ferguson tenta en vain de la repousser. Comme le premier enfant était vivant, il crut devoir attendre. Enfin, le deuxième enfant fut expulsé spontanément et en vie ; le premier vint après, mais il était mort.

OBSERVATION XIV.

Dans le cas de Merriman, l'accouchement se fit de la même

(1) Allen conseille la détroncation du premier enfant.

(2) Reimann. — *The American Journ. of Obstetrics.* Janvier 1871.

façon : le second fœtus sortit le premier. Les deux enfants étaient vivants.

L'accouchement se termina encore de la même manière dans les cas rapportés par : Fryer, Colhoun, Simpson, Moschner.

D'autres fois, de simples tractions, pratiquées sur le fœtus déjà sorti, ont suffi pour entraîner l'expulsion simultanée des deux fœtus.

OBSERVATION XV (1).

Marie Breb..., femme de constitution robuste, âgée de vingt-cinq ans, et enceinte pour la deuxième fois, arriva à l'hospice de la Maternité le 3 février 1820, vers quatre heures du soir ; elle était alors enceinte de huit mois, et commençait à ressentir quelques douleurs puerpérales.

Déjà la dilatation de l'orifice utérin était complète, et son aire était occupée par deux poches membraneuses remplies d'eau ; l'une à droite et l'autre à gauche, mutuellement comprimées et séparées par un profond sillon ; elles contenaient l'une (la gauche), la tête d'un fœtus peu volumineux, mobile et paraissant incliné vers la gauche. L'autre (la droite), un peu plus aplatie, un membre flottant et des doigts agités de mouvements spontanés. L'abdomen était largement développé, assez égal et aplati.

Pendant la nuit, rupture de la poche droite ; les pieds d'un enfant s'avancent dans le vagin, les talons regardant à droite et un peu en avant ; on tire sur ces membres, et le fœtus sort sans difficulté jusqu'aux épaules ; mais alors on aperçoit que la tête de l'autre jumeau (celle qui présentait le vertex dans la poche gauche) est entraînée par celle du premier, et l'on cherche vainement à la repousser après avoir dégagé les bras.

La femme avait encore de l'énergie ; les deux têtes étaient petites, et après un quart d'heure de tractions circonspectes aidées des efforts de la femme, la tête du deuxième jumeau sortit d'abord, puis celle du premier, et presque en même temps le tronc encore renfermé dans l'utérus fut projeté au dehors.

L'enfant qui avait présenté ses pieds ne donna que quelques signes de vie ; mais l'autre, quoique peu volumineux était sain et vigoureux.

(1) Dugès. — *Revue Médicale*, 1826, t. I, p. 371.

La délivrance fut simple ; il n'y avait qu'un large placenta dont le milieu présentait, à égale distance de chaque cordon ombilical, une cloison formée par les quatre lames des deux chorions et des deux amnios adossés ; la caduque ne pénétrait point dans cette cloison. Les deux poches étaient ouvertes loin du placenta, ce qui indiquait qu'il avait occupé le fond de la matrice.

La mère s'est promptement rétablie. Son premier accouchement avait eu lieu trois ans avant celui-ci ; il avait été simple, heureux, et s'était opéré au terme ordinaire.

OBSERVATION XVI (1).

Une femme, âgée de 25 ans, primipare, arriva à terme. Le siége, qui se présentait, passa bien à travers le bassin, mais les autres parties du tronc furent arrêtées ; et on sentait à la traction, une résistance élastique inaccoutumée. Enfin, le tronc fut dégagé et avec lui vint une tête appartenant à un autre enfant.

Un examen plus attentif montra que le menton d'un enfant butait contre celui de l'autre qu'il avait complétement accroché. De cette façon, la tête du premier enfant avait attiré celle du second et occasionné cette singulière résistance. Les deux enfants étaient morts, la mère fut sauvée.

OBSERVATION XVII (2).

La femme n'était enceinte que de huit mois et demi ; faible et valétudinaire, elle était plus mal portante encore que de coutume, depuis le commencement de sa grossesse, et l'abdomen avait pris un volume considérable.

Le 7 mars, à huit heures du soir, commencèrent les douleurs de l'enfantement ; l'orifice utéro-vaginal était en arrière et à gauche à peine entr'ouvert. Cette disposition rendait impossible l'appréciation de la partie présentée par le fœtus.

Dans la nuit, les douleurs prirent une force nouvelle ; à six heures du matin, la dilatation était complète. A onze heures (8 mars), on sentit, à travers les membranes, les deux mains du fœtus précédant une partie volumineuse. Je rompis les

---

(1) Pollock. — *Monatsch. f. Geburt.* 1862.

(2) Lachapelle.— *Traité des Accouchements.* Ed. 1825. T. II. Quatrième mémoire, N° XX.

membranes et reconnus bientôt que cette dernière partie était la hanche gauche, ou plutôt la fesse gauche disposée de telle sorte que le coccyx était à gauche de la mère, la crête iliaque en avant, et le sillon périnéal en arrière. Cette situation était évidemment due à une première position des fesses altérée par l'obliquité du fœtus.

Lui-même avait si peu de volume que la hanche s'engagea dans le haut de l'excavation, malgré les efforts que je faisais pour la repousser, afin de saisir et de dégager plus facilement les pieds. Pendant cette lutte, la main gauche s'échappa dans le vagin; je la fixai en dehors au moyen d'un lacs, et j'allai prendre le pied gauche, qui, le premier, se présenta sous ma main. Je m'en servis avec avantage pour faire descendre et diriger convenablement le fœtus; le membre inférieur droit se releva devant l'abdomen et le thorax, et il se trouva dégagé en même temps que ce dernier; presque en même temps aussi sortirent l'épaule et le bras gauche, que j'avais maintenus au dehors.

Quant au bras droit, son dégagement fut aussi simple et aussi facile : en effet, la main droite s'était appliquée sur les lombes du fœtus; elles sortirent avec elles, et il nous suffit de tenir le bras appliqué contre le tronc pour obtenir le dégagement presque spontané de l'épaule droite comme de la gauche.

La tête offrit seule une résistance que les doigts introduits dans la bouche ne pouvaient parvenir à vaincre. En cherchant quel était l'obstacle qui nous arrêtait ainsi, je rompis les membranes d'un second enfant. La tête de celui-ci se trouva inférieure à celle du premier, en sorte que l'excavation était à la fois occupée par la tête du second et par le cou de l'autre; heureusement ces deux têtes étaient peu volumineuses, et les deux enfants furent extraits ensemble. Le premier, trop comprimé, n'a pas survécu à l'extraction ; le second vivait, mais il périt peu de temps après sa naissance. Quant à la mère, elle n'épouva pas le plus léger accident.

Quelques accoucheurs ont pu refouler la tête du second enfant et dégager ainsi celle du premier.

OBSERVATION XVIII (1)

Grossesse gémellaire.— Premier enfant : présentation du siége; deuxième enfant, présentation du sommet. — Obstacle à l'accouchement, dû à l'engagement de la tête du second fœtus avant la sortie complète du premier. — Mort des deux enfants. — Déformations.

Le 14 novembre 1875, en montant à 8 heures et demie du matin, à la salle d'accouchement de la Maternité, je trouvai couchée sur un lit une femme grande et forte, qui avait déjà été l'objet depuis son arrivée, d'un examen très-attentif. Cette malade, nommée Catherine B...., âgée de 29 ans, célibataire, d'origine Alsacienne, offrait un ventre considérablement développé ; elle avait de l'œdème des deux membres inferieurs et un œdème sus-pubien très-prononcé, qui s'étendait en haut jusqu'au niveau de l'ombilic. Ses urines contenaient une quantité considérable d'albumine ; elle avait eu, la veille et pendant la nuit, une céphalalgie assez intense et quelques troubles de la vue.

Menstruée pour la première fois à l'âge de 19 ans, elle l'était très-irrégulièrement ; l'écoulement sanguin se faisait tous les 4, 6 ou 7 semaines. Aussi, elle ne peut dire à quelle époque sont survenues ses dernières règles, elle l'ignore complétement. A part le développement considérable du ventre et l'œdème, la grossesse n'avait rien présenté de particulier ; la veille, à 10 heures du soir, étaient apparues les premières douleurs. Quelques instants auparavant (14 novembre, à 8 h. 30 m. du matin), les membranes s'étaient rompues.

La palpation de l'abdomen ne fournissait aucun renseignement, l'utérus, très-volumineux, était dur, résistant, ne se laissait pas déprimer, et il était impossible de distinguer aucune partie fœtale.

A l'auscultation, on entendait les bruits du cœur en deux régions, d'une part à gauche, en bas et en avant ; d'autre part en haut, au-dessus de l'ombilic et un peu à droite. Il existait donc un maximum en deux points, et en promenant le stéthoscope d'un point à l'autre, on ne pouvait entendre les bruits du cœur fœtal dans l'intervalle. De plus, en comptant

---

(1) Budin. Thèse de Paris, 1876, p. 59.

simultanément le nombre de battements, on trouvait par minute 170 battements à gauche et en bas ; 150 en haut et à droite. Cette recherche ayant été renouvelée, on obtint une seconde fois le même résultat.

Au toucher, le col était effacé, et l'orifice utérin dilaté, offrait un diamètre égal à celui d'une pièce de 2 francs. On sentait très-nettement un pied et au-dessus le siége. Il y avait une présentation du siége complète ; on put même soupçonner dans la matinée, que ce premier enfant était du sexe masculin.

Le travail marcha avec une certaine lenteur. Vers 2 h. 45, la dilatation était complète et le siége descendit bientôt jusqu'à la vulve. Pour activer le travail et rendre les contractions utérines plus efficaces, Mme la sage-femme en chef fit administrer deux grammes de seigle ergoté. Au bout d'un quart-d'heure le siége sortit et le tronc descendit lentement. La malade, qui était très-pusillanime, au lieu de faire des efforts pour faciliter l'expulsion du fœtus, criait sans cesse et n'aidait que peu à l'accouchement. La partie supérieure du tronc restant élevée, l'enfant commençait à souffrir, la sage-femme exerça des tractions et parvint enfin, avec beaucoup de peine, à dégager les épaules. Mais la tête ne venait pas ; le tronc était sorti en S I G A ; l'épaule gauche était en avant, l'épaule droite en arrière, l'occiput était dirigé vers la gauche, le menton vers la droite, et malgré les tractions faites sur le tronc et sur le cou, la tête ne descendait pas. En vain elle essaya d'introduire les doigts dans la bouche, elle ne put y parvenir ; le menton était resté très-haut et elle ne pouvait atteindre l'orifice buccal. Au bout de 7 à 8 minutes, après des efforts considérables, mais infructueux, Mme la sage-femme me pria d'intervenir, pour me rendre compte des difficultés qu'on pouvait éprouver dans des cas semblables.

Soutenant le fœtus de la main droite, j'introduisis la main gauche dans les parties génitales, je la glissai sur la face antérieure du cou et j'atteignis le larynx ; j'arrivai ensuite avec beaucoup de difficultés jusqu'au menton, sans pouvoir le dépasser : ce menton était repoussé très-fortement en avant, au-dessus de la symphyse pubienne sur laquelle il se trouvait placé. A quoi pouvait tenir cette situation ? Je reportai la main en arrière, je sentis tomber la seconde poche des eaux ; en la déprimant légèrement, j'arrivai sur la tête d'un second fœtus, qui était placé en arrière et à droite. C'était la présence de cette seconde tête qui, engagée au-dessous de la première, empêchait son extraction. Elles étaient fortement serrées l'une contre l'autre et immobilisées. Leur volume était trop considérable pour leur permettre de descendre en même

temps dans l'excavation (fig. 2). J'essayai alors de repousser



Fig. 2.

cette seconde tête, qui gênait la sortie de la première, mais

l'utérus, très-fortement contracté sous l'influence de l'ergot de seigle, offrait une grande résistance ; après trois ou quatre minutes d'efforts soutenus, je sentis cette tête glisser et remonter complètement au-dessus du détroit supérieur ; je retirai alors la main, pensant qu'il serait désormais possible d'extraire le premier fœtus. La sage-femme tenta cette extraction, la tête s'étant abaissée, elle put introduire deux doigts dans la bouche de l'enfant, s'attendant à rencontrer quelque résistance, elle tira fortement et la tête sortit tout d'un coup ; elle franchit la vulve, le menton dirigé en avant et à droite, l'occiput en arrière et à gauche. Il y eut, de plus, une déchirure très-étendue du périnée.

Le premier enfant paraissait mort, on n'entendait plus les bruits du cœur, malgré tout, ne désespérant pas, une aide se mit à l'insuffler ; après dix minutes elle sentit revenir les battements cardiaques, et après vingt minutes l'enfant faisait une première inspiration. Après 35 minutes, il était revenu à la vie ; mais dans la soirée, il eut des convulsions et il succomba à trois heures du matin.

Sa tête était très-aplatie transversalement, et il existait sur le côté droit, à l'union du frontal et du pariétal, près de la base, un peu au-dessus de l'endroit où le frontal, le pariétal et le temporal se rencontrent, une dépression, un enfoncement très-marqué qui correspondait au point où s'appliquait la tête du second fœtus. Sur le côté gauche on trouvait un léger sillon résultant de la pression sur la partie antérieure du pourtour du bassin, sur les deux branches horizontales du pubis.

Le second enfant présentait le sommet ; en pratiquant le toucher à travers les membranes, on sentait sur la convexité du crâne un enfoncement profond ; l'un des quatre os qui aboutissent à la fontanelle antérieure était si déprimé, qu'il existait là un creux triangulaire dans lequel pénétrait l'extrémité du doigt. Un quart d'heure après la sortie du premier enfant, le second fut expulsé sans que les membranes se soient rompues. On les déchira et on en retira le fœtus qui était mort : il fut impossible de le ranimer.

La délivrance eut lieu immédiatement, le placenta avait été expulsé en même temps que le second enfant. Ce placenta était unique.

Il y avait seulement deux poches amniotiques. Il fut très-facile, grâce a ce qui avait pu être constaté pendant l'accouchement, grâce aux dépressions qui existaient sur les deux têtes, de se rendre un compte très-exact de la situation qu'elles occupaient.

La tête du premier enfant, dont le tronc était sorti, avait la

face dirigée en avant, son menton était placé au-dessus de la symphyse pubienne; l'occiput était en arrière et à gauche en rapport avec la symphyse sacro-iliaque gauche. La région latérale gauche de la tête était en rapport avec la moitié gauche du bassin. La région latérale droite dirigée à droite et en arrière était en rapport avec la tête du second fœtus ; de là la dépression marquée dont elle était le siége près de sa base (Voy. fig. 2) (1).



Fig. 3.

La tête du second enfant qui présentait le sommet, était plus déformée que la première; son occiput était dirigé aussi en arrière, mais était en rapport avec la symphyse sacro-iliaque droite; sa face regardait en avant et en haut. La région latérale gauche de la tête était en rapport avec la moitié latérale droite du bassin, et sa région latérale droite tournée à gauche vers le centre du bassin était en rapport avec la tête du premier enfant. De ce côté, le frontal droit du deuxième fœtus s'appliquait très-fortement sur la région pariéto-frontale droite du premier. C'était ce frontal qui, très-profondément déprimé, formait, grâce à la mobilité de son extrémité libre, un enfoncement très-marqué, un véritable trou triangulaire qui se terminait à la fontanelle antérieure (Voy. fig. 3).

(1) Outre les figures que nous avons reproduites, M. Budin a publié dans sa thèse des tracés qui rendent entièrement compte des déformations subies par ces deux têtes.

Les deux têtes ainsi appliquées l'une contre l'autre avaient leur occiput dirigé en arrière et séparé par la colonne lombo-sacrée. La première occupait pour ainsi dire la moitié gauche, l'autre la moitié droite du bassin.

La tête du second fœtus était située plus bas que la première, dont la base s'appliquait sur elle. Entraînée, engagée de plus en plus par les tractions exercées sur l'enfant dont le tronc était au dehors, elle s'opposait à sa sortie.

Les fœtus étaient tous deux du sexe masculin. Le premier qui était assez développé, était le plus volumineux, il mesurait 52 centimètres de longueur et pesait 2,879 grammes. Le point d'ossification de l'extrémité inférieure des fémurs n'existait pas encore. Sa tête mesurée a donné : Diam. O. M. 12,7. — Diam. maximum, 13,4, — Diam. O. F. 11,8 — Sous O. B. 10,8. — Bipar. 9,3. — Bitemp. 8,2. — Bimastoïd. 7,5. — Grande circonférence, 36 cm. 3. — Petite circonférence, 33 c.

A l'autopsie, il existait des taches ecchymotiques nombreuses sur le péricarde viscéral ; les deux poumons, le foie, les reins étaient très-congestionnés.

Dans la cavité crânienne, il existait une congestion très-intense ; les vaisseaux de la pie-mère étaient gorgés d'un sang noir très-épais, mais il n'existait aucune hémorrhagie. Les os du crâne n'était le siége d'aucune fracture.

Le second enfant était moins développé que le premier ; il mesurait 46 centim. de longueur et pesait 1,910 grammes. Il n'existait aucun point d'ossification au niveau de l'extrémité inférieur des fémurs. Les diamètres de la tête étaient les suivants : D. O. M. 11,4. — Diam. maximum, 12,3. — Diam. O. frontal. 10,6. — Sous O. Bregm. 9,1. — Bipariétal, 8,9. — Bitemp. 6,7. — Bim. 9,2. — Grande circonférence, 33,9. — Petite circonférence, 29,6.

A l'autopsie on ne trouva aucune lésion du crâne, aucune fracture, aucune fissure ; il y avait un peu de congestion des méninges et du cerveau. Il n'existait aucune hémorrhagie. —Les poumons, qui avaient été insufflés, étaient très-pâles. Il y avait quelques taches ecchymotiques sur le thymus et sur le péricarde viscéral. Les viscères abdominaux n'étaient le siége d'aucune lésion.

OBSERVATION XIX (1).

Mme S...., femme bien constituée et mère de sept enfants,

(1) Perrochaud. — *Thèse*, 1843.

a toujours eu des couches fort heureuses. Le 8 janvier 1841, à trois heures du matin, cette dame est prise de douleurs d'enfantement. A sept heures, la sage-femme reconnait une présentation de l'extrémité pelvienne et abandonne à la nature l'expulsion spontanée du produit. Mais après quelques heures d'attente, le travail ne faisant que peu de progrès, pour accélérer l'accouchement, elle crut devoir tirer sur les pieds qui commençaient à paraître hors de la vulve. D'abord elle amena sans trop de résistance les cuisses, puis les fesses, enfin une partie du tronc : a ce point, une résistance inattendue s'opposa à l'entière expulsion de l'enfant.

Tous les efforts devinrent inutiles : les tractions les plus énergiques venaient échouer contre un obstacle qui arrêtait la tête dans l'intérieur du bassin. Dans cette circonstance, sans se rendre compte de la nature de cet obstacle, l'attribuant peut-être à une résistance de la matrice, cette sage-femme administra, en trois doses successives, 2 grammes de seigle ergoté. Ce médicament amena des contractions énergiques continues qui n'eurent malheureusement d'autre résultat que de causer des douleurs inutiles et d'agacer horriblement la pauvre femme en travail. Alors seulement, et en désespoir de cause, elle pria sa famille d'avoir recours à un médecin. Mon frère fut appelé. Son premier soin, comme on le pense bien, fut de s'assurer de la nature de l'obstacle. Dans ce but, relevant sur le pubis le fœtus à moitié expulsé et prenant pour guide le plan antérieur du tronc, il chercha à pénétrer dans l'excavation. Il y parvint après quelques efforts ; mais il ne fut pas peu surpris d'y trouver une tête énorme, globuleuse, lisse, et qu'au premier abord il crut être un énorme polype fibreux. Cependant, cette erreur ne dura que quelques secondes : la présence d'une fontanelle, et surtout l'examen de l'utérus à travers la paroi abdominale, le mirent rapdement sur la voie. Il reconnut que cet obstacle tenait à la présence d'un second fœtus dont la tête, en s'engageant prématurément, avait accroché celle du premier et opposait de cette manière, à la sortie de celui-ci, une résistance invincible. Le cas était fort embarrassant. Je laisse la parole à mon frère :

« Deux sortes de moyens se présentèrent à mon esprit : appliquer le forceps sur la tête du deuxième jumeau, et dans le cas d'insuccès, recourir à la mutilation d'un et même des deux produits ; ou bien tenter le refoulement de la tête qui se présentait la première, afin de permettre la sortie de l'autre. Ce dernier moyen était le moins cruel; d'ailleurs si tout annonçait la mort du premier enfant, rien ne le prouvait d'une manière irréfragable. Mais j'ai déjà dit que cette tête était déjà fort avancée dans

l'excavation, que la mère avait pris trois doses de seigle ergoté et que depuis l'administration de cette substance, les contractions utérines s'étaient succédé sans interruption. Malgré ces fâcheuses circonstances, je ne désespérai pas. J'ordonnai un grand bain et prescrivis deux quarts de lavement laudanisé que la malade dut prendre à vingt minutes d'intervalle. Une heure après je procédai à la réduction; celle-ci fut pénible, laborieuse et longue. La matrice revenue sur elle-même et moulée en quelque sorte sur le tronc du second enfant opposait une résistance qui me parut d'abord insurmontable. Mais enfin je parvins, après les plus grands efforts, à repousser dans sa cavité la tête de ce jumeau. Rien ne fut plus facile ensuite que l'extraction du premier enfant; l'autre poussé par les contractions utérines, sortit bien vivant au bout de dix minutes au plus. La mère se rétablit parfaitement.

OBSERVATION XX (1).

Mme B...., cinquième grossesse, deuxième grossesse gémellaire. — Je la vis pendant la journée; les douleurs étaient faibles et à longs intervalles, la présentation (siége) très-haute. Je dis de m'envoyer appeler quand les douleurs seraient plus vives. Dans la soirée, on m'envoya chercher. Quand j'arrivai, le siége était sorti; comme la tête tournait dans l'excavation du sacrum, après que j'eusse mis le cordon hors d'atteinte de la compression, je sentis une tumeur dure descendre avec force sous l'arcade pubienne pendant une douleur très-forte; cette tumeur empêchait complètement l'extraction de la tête qui se présentait. En examinant avec soin, je vis que cette tumeur était la tête d'un second enfant. Cette tête était fortement appliquée à la première et j'eus de la difficulté à les décrocher; profitant des intervalles entre les douleurs et soulevant la tête du second enfant pendant les douleurs, je réussis bientôt à extraire la tête du premier enfant et le second suivit naturellement. Les jumeaux étaient de taille ordinaire et vécurent ainsi que leur mère.

OBSERVATION XXI (2).

Dans la nuit du 7 mai 1836, M. Calise a été mandé par

(1) Sidney. — *Edimb. Med. Journ.* 1855.
(2) Calise. — *Gazette Médicale*, 1837, p. 235.

l'autorité à visiter une pauvre femme qui ne pouvait pas accoucher ; elle était en travail depuis la veille. Il y avait trois heures qu'un des enfants présentait les pieds à la vulve, et en était sorti jusqu'à la partie inférieure du tronc. Les douleurs étaient vives et fréquentes, mais l'enfant n'avançait plus.

S'étant assuré que le bassin était bien conformé, que la femme était déjà accouchée heureusement autrefois, et que l'enfant dont il s'agit était mort, l'accoucheur se met en devoir d'en faire l'extraction. Il porte la main dans la matrice, tire les bras l'un après l'autre, et essaie de dégager la tête ; mais cette partie paraissait enclavée dans l'excavation ; elle n'avançait nullement, M. Calise y porte de nouveau la main et trouve avec surprise que la face de l'enfant était tournée contre le pubis, en place de l'être contre le sacrum.

Cette circonstance cependant a fait naitre le soupçon que la tête enclavée pouvait bien appartenir à un second enfant et non à celui qui se montrait à la vulve. Aussi l'a-t-il repoussée en haut de la matrice. Cette manœuvre a réalisé son soupçon ; il a senti distinctement la présence de deux enfants qui affectaient la position suivante :

L'enfant qui se montrait à la vulve avait la tête et le cou inclinés vers le côté droit de la mère ; la tête de l'autre enfant était placée comme nous venons de le dire, avec la face tournée contre la symphyse pubienne de la mère. Cette seconde tête s'adaptait exactement sur l'épaule gauche et sur le cou de l'autre enfant, qu'elle comprimait fortement. Les pieds, du second enfant étaient tournés vers le fond de la matrice de façon que les deux enfants, ou plutôt les deux têtes s'entrecroisaient et s'enclavaient réciproquement. La manœuvre de l'accoucheur réussit parfaitement. Aussitôt que la tête du second enfant a été repoussée, le premier, dont le corps était au dehors a été expulsé facilement. On a ensuite tiré l'autre enfant par la version podalique. Les suites des couches ont été heureuses.

OBSERVATION XXII (1).

Une femme enceinte pour la première fois avait pendant longtemps fréquenté la clinique obstétricale pour se faire examiner. L'exploration n'avait rien dénoté de particulier, sinon un ventre très-développé. Dans la nuit du 26 avril 1836 s'é-

(1) Walter. — *Neue Zeitsschrift f. Geb.* 1844. t. 16. p. 171.

taient manifestées les premières douleurs. Elle vint aussitôt et fut reçue. Le toucher montra la poche rompue, le col entr'ouvert de 1 pouce 1/2 ; et, dans celui-ci, au lieu de la tête qu'on s'attendait à trouver, on rencontra le siége avec la ligne des hanches dans le premier diamètre oblique, la pointe du sacrum en arrière et à gauche. En même temps, je trouvai la jambe gauche au siége, entourée de plusieurs tours de cordon. On ne pouvait atteindre le pied droit ; le scrotum était manifestement tangible. A l'exploration extérieure, le bas-ventre fut trouvé gros, dur, et, en deux endroits, à droite et à gauche on entendit des bruits de souffle placentaire avec une intensité égale et entre ces deux endroits il y avait un espace large de deux travers de doigt où l'on n'entendait aucun souffle. A gauche et en haut, on entendait les bruits du cœur du fœtus manifestement trop haut et trop à gauche pour qu'ils puissent appartenir à l'enfant dont le siége se présentait. A droite, au-dessous du nombril, là où l'on devait percevoir les battements de l'enfant qui se présentait, les souffles utérins empêchaient de les distinguer. Selon toute apparence on pouvait diagnostiquer une grossesse gémellaire. Les douleurs n'étaient pas violentes, la femme était très-agitée, avait une soif vive, but beaucoup et vomit bientôt ce qu'elle avait bu. Lentement le siége descendit dans le petit bassin, son évolution s'effectua normalement, de telle façon qu'il se présentait toujours dans le diamètre droit. Mais ce n'est qu'au bout de vingt-quatre heures que la hanche droite passa sous l'arcade pubienne et apparut fortement tuméfiée à l'orifice vulvaire. A ce moment, les douleurs devinrent plus faibles et cessèrent bientôt complétement. Quelques doses de seigle ergoté les réveillèrent de nouveau, sans toutefois avancer l'accouchement. Par contre, il se développa une congestion intense vers la tête; le visage, surtout les lèvres et les joues, était tuméfié, violacé, les yeux injectés, brillants; la femme accusait une violente céphalalgie. Une saignée amena du soulagement : la céphalalgie disparut même pendant que le sang coulait encore; mais, en même temps les douleurs s'arrêtèrent, de sorte que l'accouchement en resta là. Après deux heures, nouvelle congestion à la tête, nouvelle saignée suivie de soulagement. Mais l'agitation et la faiblesse de la femme augmentèrent jusque vers midi du 29. En même temps le méconium commence à être expulsé par l'enfant. Alors je me décidai à intervenir pour achever l'accouchement. La femme portée sur le lit d'accouchement de Siebold, les deux doigts indicateurs furent introduits en forme de crochets dans les plis du jarret de l'enfant et l'extraction commença. Le fœtus se laissa tirer lentement jusqu'au voisinage de la région ombilicale ; mais

alors la résistance devint telle que l'extraction cessa. La jambe gauche avec le cordon qui l'entourait fut dégagée et on commença les tractions sur la cuisse gauche et le genou droit. Mais en vain, la jambe droite fut aussi dégagée quoique plus difficilement. Les tractions restèrent encore inutiles. Il y avait là un obstacle qui ne pouvait être surmonté par la force employée. Le corps de l'enfant étant placé dans le premier diamètre oblique, je portai ma main droite le long de sa poitrine, dans le vagin et je butai dans la partie supérieure du petit bassin contre la tête du second enfant, dont la suture sagittale était dans le premier diamètre oblique ; car elle était descendue avec la poitrine du premier enfant dans le petit bassin et était enclavée entre la partie gauche de la paroi du bassin et la poitrine du premier enfant. Pour faire plus d'espace, je descendis les deux bras, le gauche facilement, le droit avec peine, car j'avais à le passer par-dessus la tête du second enfant. Je m'efforçai en vain de tenir la tête et de la pousser à gauche, sur la fosse iliaque correspondante. La tête était si fortement enfoncée qu'il n'y avait pas moyen de la remuer.

Un essai que je fis, d'attirer les épaules avec la main gauche que j'avais portée sur elles demeura infructueux. J'enfonçai de nouveau ma main droite entre les deux enfants jusqu'au visage de celui qui arrivait le premier. Pendant une douleur, la poche tendue du second enfant se rompit. Je tâchai de repousser la tête, mais sans succès. Alors j'enfonçai deux doigts dans la bouche du premier enfant et je tirai ; l'extraction faite de cette façon échoua encore. Portant ma main encore plus haut, je la posai sur la tête de l'enfant et tandis que j'attirai cette tête, je repoussai fortement sur la gauche, avec le dos de ma main, la tête du second enfant. Cette façon d'agir réussit enfin. La tête se porta de côté et de la façon indiquée, j'amenai le premier fœtus. C'était un enfant maigre, mort manifestement pendant l'opération ; car il y avait encore, au commencement, des pulsations du cordon et des mouvements des extrémités. Le côté droit du visage, du cou, de la poitrine ainsi que la face antérieure du bras droit étaient fortement contusionnés par la pression contre la tête du second enfant et de couleur bleu foncé.

Le toucher pratiqué immédiatement après l'accouchement montra la tête du second enfant dans la première position du sommet. On entendait les bruits du cœur à gauche au-dessous de l'ombilic. Les douleurs étaient rares, faibles, sans action sur la tête. Quand elles acquirent une plus grande force, la congestion céphalique se manifesta de nouveau chez la mère qui était déjà affaiblie. Alors je me résolus, trois heures

après l'extraction du premier enfant, à terminer encore artificiellement l'accouchement.

Le forceps introduit sans difficulté, amena après 5 tractions peu fortes, un enfant vivant bien plus fort. Sur la tête et le visage on voyait, outre les traces des fers, des sugillations bleues venant de la pression exercée par l'autre enfant. Les deux placentas arrivèrent après une demi-heure ; ils n'étaient pas réunis, mais séparés par une intervalle de trois à quatre pouces.

Hohl a pu extraire le premier enfant en faisant sur sa tête une application de forceps. Mais nous ne conseillerons pas de l'imiter.

OBSERVATION XXIII (1).

La femme E. était mariée depuis un an quand elle avorta pour la troisième fois. Devenue de nouveau enceinte un peu plus tard, elle se trouva bien, mais eut de fréquentes agitations, nuit et jour, à cause des mouvements violents des jumeaux qu'elle portait. Le 9 mai de cette année, l'accouchement commença et, comme la sage-femme ne pouvait se rendre compte de la présentation à cause de la petitesse de la portion fœtale qu'elle pouvait atteindre, elle fit appeler l'interne de la maison d'accouchement d'ici. Celui-ci constata, à huit heures du matin, alors que le col n'était encore qu'incomplètement dilaté, une tete en présentation de la face et un pied. A onze heures eut lieu l'écoulement des eaux et un siége avec un pied s'était placé dans le détroit supérieur, tandis qu'on ne pouvait plus sentir de tête. Le dégagement du tronc et des bras ne se fit que lentement. Comme la tete ne suivait pas et qu'elle ne put être extraite avec les mains, on recourut au forceps, mais on fut obligé d'y renoncer, ne pouvant réussir à placer la branche gauche.

Quand nous arrivâmes bientôt après, nous trouvâmes le tronc et les bras en dehors des parties génitales et le cordon sans battements. Le toucher, pratiqué aussitôt, permit de constater que le cou était extraordinairement tendu, la tête placée très-haut dans le diamètre oblique droit; enfin nous reconnûmes qu'il y avait dans le bassin en arrière et à gauche une seconde tete.

(1) Hohl. — *Neue Zeitschr. f. Geb.*, XXXII.

Nous appliquâmes le forceps, et l'extraction du premier enfant réussit sans difficulté; sitôt après, nous pûmes extraire la tête du second avec la main. Les deux enfants, un garçon et une fille, étaient morts. Il est probable que les placentas s'étaient détachés trop tôt, ce que semblaient prouver leur sortie immédiate et l'existence d'une épaisse couche de sang coagulé sur la face utérine.

La mère était et resta sans mal.

Dans les onze cas suivants, l'accouchement fut terminé à l'aide du forceps.

OBSERVATION XXIV (1).

Une jeune femme, de 20 ans, était arrivée au terme de sa première grossesse sans autre accident qu'un érythème prurigineux des parois abdominales, dû probablement à l'extrême distension des téguments.

Le 4 décembre, elle avait ressenti, dans la nuit, quelques douleurs ; je trouvai le col effacé, mais dilaté seulement du diamètre d'une pièce de 50 centimes, et je sentis distinctement une tête de fœtus à travers les parois utérines.

Je revins dans l'après-midi, le travail avait marché, et je ne fus pas peu surpris de trouver le pied droit dans le vagin. Je crus m'être trompé dans mon premier diagnostic. Ce pied fut bientôt suivi de l'autre; vers huit heures du soir, les cuisses et le bassin étaient sortis ; je fus frappé du peu de volume de ces parties. Je comptais, dès-lors, achever facilement l'extraction du reste; je fus donc surpris d'éprouver une certaine difficulté pour atteindre et dégager les bras ; et, bien plus encore quand, les bras étendus le long du tronc, il me fut impossible d'amener les épaules au dehors.

Le cordon ombilical avait cessé de battre, le temps pressait, il fallait en finir. J'exerçai des tractions de plus en plus énergiques qui restèrent infructueuses. Après quelques minutes de tentatives, j'essayai d'introduire la main pour arriver à l'étrange obstacle qui m'arrêtait.

Le détroit supérieur était occupé par une tête plongeant en partie dans l'excavation, et présentant son diamètre fronto-occipital dans une direction un peu oblique d'avant en arrière et de droite à gauche. La grande fontanelle se trouvait pres-

(1) Carrière. — *Journal de Malgaigne*, 1848.

que au centre, tandis que la petite, située en arrière, était inaccessible. Ce fut seulement alors que je reconnus la véritable situation des choses.

Cette tête était celle que j'avais sentie le matin. Il y avait donc deux enfants qui se correspondaient par leur plan antérieur, et dont l'un se présentait par l'extrémité pelvienne, et l'autre par la tête. Le premier avait glissé sur celui-ci, et s'était engagé d'abord en refoulant et faisant remonter la tête de l'autre, qui occupait auparavant le segment inférieur. Mais bientôt les deux têtes s'étaient rencontrées et accrochées l'une à l'autre par la face; l'expulsion du premier enfant s'était alors arrêtée; les efforts de traction que j'avais ensuite opérés sur lui n'avaient servi qu'à enclaver et fixer solidement la tête de l'autre au détroit supérieur, tandis que la sienne se trouvait retenue au-dessus de la symphyse pubienne.

Sans perdre un seul instant je fis relever fortement le tronc de cet enfant, afin de dégager un peu le passage, et j'appliquai le forceps sur la tête de l'autre. Cette opération se fit sans trop de difficultés, et, après quelques instants de tractions médiocres, j'amenai un enfant vivant, qui respira et cria après son extraction. Ce fut seulement alors que j'achevai d'extraire le premier, qui était mort. La délivrance suivit immédiatement; il y avait deux placentas confondus seulement par une partie de leur circonférence.

Malgré la difficulté du travail et la présence simultanée de deux enfants au passage chez cette dame, madame F... n'eût à souffrir d'aucune contusion des parties, et il n'y eut pas la plus petite déchirure. Les suites de couches furent tout-à-fait naturelles et aujourd'hui, vingt-deuxième jour, la mère et l'enfant sont en parfaite santé.

OBSERVATION XXV (1).

Le 18 mars, appelé auprès de madame M..., âgée de 30 ans, à sa seconde grossesse, j'arrivai chez elle vers les cinq heures après midi : les membranes s'étaient rompues vers les deux heures et depuis ce moment le travail avait été énergique et incessant. Peu de temps avant l'instant où je la visitai, elle avait senti que quelque chose était sorti et faisait saillie en dehors du vagin; je l'examinai et je trouvai les deux pieds d'un enfant engagés à la fois. A la suite de quelques douleurs seulement, la partie inférieure du corps se présenta égale-

(1) Balfour. — *Gazette des Hôpitaux*, 23 mars 1858.

ment, mais tout-à-coup, et sans qu'on puisse d'abord se l'expliquer, la marche de l'accouchement fut arrêtée. L'enfant présentait l'abdomen tourné vers le sacrum de sa mère. En recherchant la cause de ce temps d'arrêt, je trouvai la tête d'un second enfant s'avançant dans la cavité pelvienne, l'occiput occupant la concavité du sacrum et la face posée sur la partie supérieure de la poitrine et sur le cou du premier enfant ; le menton se trouvait au-dessous du menton du premier enfant et lui était tout-à-fait opposé ; celui-ci demeurait ainsi au bord du bassin sans pouvoir s'y avancer davantage. Par bonheur j'avais avec moi un petit forceps et je l'appliquai immédiatement sur la tête du second enfant ; tout en en faisant usage, j'opérais de légères tractions sur le premier enfant, en le saisissant par les jambes que j'amenai ainsi doucement au-dehors : sans beaucoup de difficultés, je pus ensuite extraire la tête du second enfant, et en agissant de cette façon, la tête du premier descendit dans la concavité du bassin et reprit la position qu'elle occupait d'abord ; seulement, c'était maintenant la tête de ce premier enfant qui empêchait le corps du second de descendre. Je maintins alors la tête du second aussi en arrière que possible, et ayant saisi les membres du premier, j'exerçai, avec précaution, de nouvelles tractions ; sa tête glissa bientôt sous l'arcade du pubis et ce premier enfant vint au monde, tandis que l'autre se dégageait facilement et arrivait ainsi au dehors.

C'étaient deux petites filles d'une organisation délicate, mais au-dessous du volume ordinaire des jumeaux, ce qui me fit penser que l'accouchement était prématuré et de quelques semaines avant terme. Toutes deux allaient bien, étaient en bonne santé quand je cessai de donner mes soins à l'accouchée. Un double placenta avait été expulsé peu de temps après l'accouchement, et l'utérus s'était aussitôt convenablement rétracté. La mère se rétablit en peu de jours. Il ne s'écoula pas plus d'une heure entre le moment où j'arrivai à la demeure de la patiente et celui où je la quittai après m'être assuré de l'état de contraction de la matrice.

J'ajoute, en terminant, que je n'employai pas le chloroforme en cette circonstance, parce que la mère était tourmentée d'une légère affection du cœur, suite d'une attaque de rhumatisme articulaire qui remontait déjà à quelques années.

OBSERVATION XXVI (1).

Dans l'après-midi du 24 septembre 1866, je fus appelé chez une primipare, la femme H. à M... parce que l'accouchement se faisait lentement, et que la sage-femme n'était pas bien fixée sur la partie qui se présentait.

La femme H..., âgée de 34 ans, bien constituée et de bonne santé, était réglée depuis l'âge de 17 ans toutes les quatre semaines pendant six à huit jours. Elle vit ses règles pour la dernière fois vers la fin de décembre. La grossesse qui débutait alors suivit son cours sans aucun trouble, et la femme dit s'être trouvée comme par le passé et n'avoir rien remarqué d'extraordinaire dans la conformation extérieure de son ventre et dans les mouvements fœtaux ressentis depuis le milieu de mai. Dans la nuit du 23 septembre se firent sentir les premières douleurs assez faibles, mais suivies d'un abondant écoulement par les parties génitales, écoulement qui eut lieu pendant que la femme était levée pour aller à la garde-robe. Les douleurs qui cessèrent bientôt firent croire à la femme qu'elle n'allait pas accoucher de suite ; d'ailleurs elle-même ne comptait accoucher que dans quinze jours. La sage-femme, qu'on avait appelée dans l'intervalle, trouva le col très peu dilaté et sentit une grosse partie fœtale dont elle ne put préciser la nature. Jusqu'à mon arrivée, les douleurs étaient restées faibles et rares au point que la malade s'endormit.

Je la trouvai très-calme ; rien de particulier dans la forme du ventre. Les bruits fœtaux étaient entendus à droite, les bruits placentaires à gauche ; la vulve était étroite, le vagin large et sec. Je sentis, à travers le col dilaté comme un thaler, un siége avec les pieds en première position ; les eaux étaient écoulées.

Comme les contractions suivantes étaient très-douloureuses, et que la pénétration du siége agissait peu sur la dilatation du col, je fis faire quelques injections de camomille tiède. Au matin du 25, le col s'était dilaté du double, le siége était descendu un peu, de sorte qu'on pouvait, avec l'indicateur, atteindre le pli du jarret gauche.

Pendant la journée, plusieurs injections de camomille furent encore faites ; les douleurs devinrent plus fréquentes et plus durables ; le col se dilatait de plus en plus, de façon que le

(1) Klingelhofer. — *Berlin Klin. Wochenschr.* 1873.

soir, il n'y avait plus que le segment antérieur qui était tendu comme une corde sur la hanche gauche de l'enfant. Mais le siége n'était descendu que très-peu, bien moins que la forme des douleurs et la conformation du bassin n'auraient pu le faire supposer.

Le 26 au matin, comme le segment antérieur du col s'était presqu'entièrement effacé, et que malgré cela, le siége n'était pas descendu plus bas, j'essayai, à plusieurs reprises, d'aider les contractions par de légères tractions faites avec mon indicateur introduit dans le creux du jarret gauche. J'agis ainsi moins pour obéir au désir de la femme qui souhaitait une délivrance prochaine, que pour me rendre compte de l'obstacle qu'indiquait la disproportion entre les douleurs et la lenteur de l'accouchement. Je pus ainsi constater quelque chose de tout-à-fait extraordinaire : c'était comme si le fœtus avait été retenu, et remontait une fois qu'on avait retiré le doigt. Néanmoins, l'exploration la plus minutieuse, tant externe qu'interne, ne m'éclaira nullement sur l'anomalie existante. Il n'y avait pas encore indication à une intervention de l'art; aussi, j'attendis dans l'espoir que les douleurs, qui d'ailleurs étaient normales, pousseraient le siége plus avant. Mais dans les heures qui suivirent, il n'y avait pas de succès appréciable. A une heure et demie seulement de l'après-midi, après des contractions énergiques et aidées de tractions, le siége était descendu assez bas pour qu'on put voir l'inflammation de la hanche gauche.

Pendant les heures suivantes, il n'y eut aucun changement; alors après avoir sondé la malade, je la fis placer sur le lit d'accouchement et pratiquai un nouvel examen qui resta sans succès, et, comme la femme le demandait, je me préparai à faire l'extraction. Avec mes deux indicateurs introduits dans les plis des jarrets, je pus amener, quoique lentement, et sans de trop grandes difficultés, le siége jusqu'aux deux hanches. Les deux ou trois tentatives que je fis ensuite pour dégager le fœtus davantage ne réussirent pas. Il semblait que ce dernier était retenu ; en effet, quand on cessait les tractions, on le voyait reculer. Alors je dégageai les deux extrémités inférieures, ce qui se fit facilement, et une contraction qui suivit poussa le fœtus en avant de façon qu'il était dégagé jusqu'à l'ombilic ; le cordon ne battait plus.

Comme j'introduisais la main pour dégager le bras droit, je trouvai le dos fortement comprimé contre la paroi gauche du bassin, mais je pus néanmoins, à l'aide de deux doigts introduits plus avant, arriver jusqu'à l'épaule et dégager le bras selon la méthode ordinaire. Le bras gauche butait fortement par l'aisselle contre la symphyse pubienne et était recourbé

sur la tête, dont l'occiput remplissait la moitié gauche du détroit. Les tentatives que je fis pour imprimer au fœtus un mouvement de rotation et dégager son bras demeurèrent infructueuses ; la tête était comme enchâssée.

En même temps, je remarquai que la poitrine du fœtus était comprimée au même point que son dos, et s'écartait de la paroi droite du bassin ; alors aussi, à l'aide de mes doigts introduits plus avant, je découvris l'obstacle à l'accouchement, c'est-à-dire une seconde tête. Celle-ci n'était pas recouverte de membranes et était immobile à l'entrée du bassin avec la suture sagittale transversalement dirigée, la petite fontanelle étant à droite, la grosse un peu plus haut à gauche, reposant sur la première pièce du sternum de l'enfant qui était en partie né. L'idée d'un fœtus à deux têtes, qui m'était venue en sentant la deuxième tête, s'écarta bien vite quand, outre la position des fontanelles, j'eus constaté que les bruits du cœur fœtal se faisaient entendre dans le côté droit de la poitrine. Il s'agissait donc de deux jumeaux. La tête du survivant avait occasionné l'anomalie existante et devait, en fin de compte, rendre impossible l'expulsion en premier lieu du fœtus qui s'était présenté par le siége.

Je ne fus pas un instant en peine sur ce qu'il y avait à faire. L'extraction ne pouvait être effectuée dans de pareilles conditions. D'un autre côté, je regardai comme inutile de faire d'abord des tentatives pour repousser en arrière la tête du second enfant, car sûrement, même si cette tête avait pu être mobilisée dans le bassin, les deux mentons s'accrochant l'un à l'autre, c'eût été là un obstacle difficilement surmontable. A ces circonstances, il faut ajouter les contractions utérines qu'eût provoquées l'exploration.

Décapiter le premier produit pour faire de la place au second eut été trop précipité, sans compter les dangers d'une pareille opération pour la mère. La véritable indication me paraissait être d'extraire avec le forceps la tête du second enfant à côté du tronc du premier dans le cas où il y aurait urgence. L'indication n'était pas pressante, vu que le premier enfant était mort, et que les bruits du cœur du second étaient encore distincts et normaux.

J'attendis donc, et, dès le quart d'heure qui suivit, j'eus l'occasion de faire des remarques sur les efforts de la nature pour terminer l'accouchement, remarques qui justifièrent pleinement les résolutions que j'avais prises.

A trois heures de l'après-midi, je fis l'application du forceps sur la seconde tête. Pendant que la sage-femme écartait les parties déjà sorties du premier fœtus, j'appliquai le forceps rapidement et sans difficulté.

Trois tractions médiocres amenèrent la tête de façon que d'abord le front, puis l'occiput et enfin la tête apparurent. Pendant les douleurs suivantes soutenues par des frictions sur l'utérus, la face, d'abord tournée à gauche et en avant, se fléchit de plus en plus vers la partie interne de la cuisse gauche, tandis que le tronc du premier enfant tournait autour de son axe. Ces rotations continuèrent jusqu'à ce que la face du second se fût complétement tournée vers la cuisse ainsi que le dos du premier. Comme les contractions et plusieurs tentatives manuelles pour terminer au plus tôt l'accouchement n'aboutirent à rien, je saisis de nouveau le forceps pour l'appliquer sur la tête du premier, ce que je pus faire sans difficulté comme la première fois. Une faible traction aidée d'une douleur eut tout le succès désirable. Les deux produits furent extraits en même temps à trois heures et demie de l'après-midi. Le premier enfant, un garçon était mort; le second, une fille était asphyxiée et ne put être rappelée à la vie.

Sur les deux, on constatait que le sternum était déprimé par la pression réciproque. A part cela, les deux enfants n'avaient aucune lésion et étaient bien constitués.

Ils paraissaient être nés deux ou trois semaines trop tôt.

Poids du premier, 2.750 grammes.

Poids du second, 2.875 grammes.

Après l'expulsion des deux produits, l'utérus s'était bien contracté. Le toucher montra les parties génitales sans lésions.

Le délivre fut extrait avec la main.

Les deux placentas étaient fusionnés; sur la face fœtale, leur limite respective était marquée par une saillie fibreuse, sur la face utérine par une dépression. Ils ne présentaient d'ailleurs rien de remarquable. Les deux poches n'étaient pas accolées.

Poids du délivre, 1.250 grammes.

Dès les premiers jours, l'accouchée se trouva bien, quitta le lit le cinquième jour. Au sixième jour, elle tomba atteinte de métro-péritonite qui l'emporta le douzième jour.

OBSERVATION XXVII (1)

Le 17 mars 1865, à 8 heures, je fus appelé près de Mme M..., âgée de 20 ans, primipare. Son accouchement était prématuré, car elle ne l'attendait qu'au milieu d'avril. Sa santé était

---

(1) Tellkampf. — *New-York Méd. Journ.* May, 1867.

bonne. Depuis trois semaines, elle souffrait de temps en temps d'un sentiment de pression dans le bas ventre et depuis quelques jours, elle avait de véritables douleurs qui depuis une heure de l'après-midi avaient beaucoup augmenté. A mon arrivée, les douleurs étaient très-fortes et se succédaient rapidement. Tout chez elle me fit soupçonner une grossesse gémellaire. En l'examinant, je trouvai le bassin de grandeur moyenne, l'enfant se présentant par le siége, les membranes rompues et tout dans un état favorable. Au bout d'un certain temps, comme les épaules se présentaient à la vulve, les douleurs augmentèrent et ne produisirent aucun effet. Je pensais que le bras droit pouvait être retenu par le promontoire, et pour l'amener, je soulevai la tête de l'enfant. Ne réussissant pas, je crus que la cause en était due à la position de la tête qui se trouvait très-haut et j'examinai de nouveau.

Je vis alors qu'il y avait un second enfant dont la tête, recouverte de ses membranes, était appliquée à la gorge du premier. Il me fut évident que la tête du second enfant était descendue avant celle du premier, la pressant en haut et en arrière contre la symphyse, l'accouchement était non pas difficile, mais impossible. J'essayai en vain de repousser la tete du second enfant; mais l'utérus fortement contracturé maintenait les têtes absolument appliquées l'une à l'autre. Je me décidai à employer le forceps. On ne sentait plus de pulsations dans le cordon du premier enfant. Je chloroformai la malade et, le corps du premier enfant ayant été soulevé, j'appliquai le forceps à la tête du second sans grande difficulté. La tête et les épaules ayant été extraites, la tête du premier et le corps du second suivirent tout seul. Le placenta fut facilement extrait, il était double; les membranes se composaient de un chorion et de deux amnios. Les deux enfants, des filles, pesaient de six à sept livres chacune.

Le second enfant était comme asphyxié, mais au bout d'un moment, nous lui rendîmes la vie; elle vint très-bien et jouit à présent d'une bonne santé.

La mère souffrit quelques jours d'une rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme et peu après, d'une cystite commençante, causée sans aucun doute par la pression de la tête du premier enfant. Cette affection céda vite à un traitement approprié.

OBSERVATION XXVIII

Eichhorn (1) ne pouvant extraire la tête du premier enfant, comme on le fait d'habitude, appliqua le forceps sur celle du second. La tête du premier sortit en même temps que le corps du deuxième. Les deux enfants étaient morts.

OBSERVATION XXIX (2)

S., S., âgée de 19 ans, célibataire, manouvrière, ayant toujours été parfaitement portante, primipare, se présenta à la clinique d'accouchements (de Vienne), le 30 novembre 1860, avec une poche des eaux prête à se rompre.

L'examen, pratiqué immédiatement après la rupture des membranes, montra que le fond de l'utérus arrivait jusqu'à quatre travers de doigt de l'appendice xyphoïde : comme l'utérus était relativement contracté, la palpation ne put fournir aucun renseignement positif. On entendait distinctement à gauche les battements du cœur fœtal. l'orifice utérin était dilaté, et, dans le vagin, on trouvait le siége accompagné de deux pieds : la pointe du coccyx était dirigée du côté droit. De ce qu'il y avait présentation du siége en seconde position, et de la présence très-nette des battements du cœur fœtal à gauche, on conclut à l'existence d'une grossesse gémellaire. Ce diagnostic fut bientôt confirmé; un quart d'heure plus tard, les deux pieds apparurent à la vulve présentant leur face plantaire, on les chatouilla et il n'y eut aucun mouvement reflexe; cependant, les battements du cœur étaient toujours perceptibles à gauche.

Une demi-heure après, le siége et les pieds sortirent spontanément; immédiatement la partie supérieure du tronc se dégagea suivant le mécanisme habituel, sans qu'on pût constater une seule pulsation du cordon ombilical. On opéra facilement le dégagement des bras qui étaient fléchis dans la position qu'ils occupent à l'état normal, et la tête étant restée élevée, on la saisit d'après le procédé de Smellie modifié, afin de la faire se dégager. Cette manœuvre ne fut pas couronnée de succès. Un nouvel examen montra que, en arrière et à

(1) Cité par Reimann.

(2) Braun. — *Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung*. VI Bd. 1861, page 2.

gauche de la tête du premier enfant se présentait la tête d'un second fœtus. Cette seconde tête était recouverte par les membranes; sa suture sagittale était dirigée transversalement et la petite fontanelle était située à gauche. Comme alors, les bruits du cœur, toujours perceptibles à gauche, étaient devenus plus faibles, je rompis à l'aide d'une plume taillée en pointe les membranes qui formaient sur la tête une poche modérément tendue, et j'appliquai le forceps sur la tête du second enfant. Cette tête vint suivie du tronc qui passa à côté de la tête du premier fœtus ; celle-ci suivit, expulsée par une douleur. L'enfant né en présentation du siége était mort; il offrait tous les symptômes qui permettent de croire à la mort pendant le travail. Le second enfant extrait avec le forceps était légèrement asphyxié, il fut ranimé par les moyens ordinaires, mais il succomba cinq heures plus tard. Il pesait 1,567 grammes et mesurait 45 centimètres de longueur.

L'enfant mort-né pesait 1,425 grammes et sa longueur était de 42 centimètres. Tous deux étaient de sexe masculin. Dix minutes environ après la sortie de l'enfant venu en présentation du siége, un placenta unique était expulsé; il offrait un chorion et deux amnios. Les trois vaisseaux volumineux de l'un des cordons présentaient, à la surface du placenta, de nombreuses branches de communication avec les vaisseaux de l'autre cordon. Pendant la durée des suites de couches, la mère eut une parotidite.

OBSERVATION XXX (1).

Mme Emélie W., femme d'un batelier, âgée de 28 ans, grosse pour la troisième fois, avait eu deux premiers accouchements faciles et rapides. Le 20 juin de l'an passé, à deux heures de la nuit, elle sentit les premières douleurs et la sage-femme Mme V. trouva, en l'examinant trois heures plus tard pour la première fois, le col effacé, la poche des eaux prête à se rompre, et constata une présentation du siége. A cinq heures et quart du matin, eut lieu la rupture et bientôt après, l'expulsion d'un enfant jusqu'à la tête. Les douleurs, jusque là très-fortes, cessèrent alors et malgré des manipulations répétées de la sage-femme, la tête ne put être extraite. L'accouchement avait lieu au bord d'un bateau de l'Elbe, et l'assistance d'un médecin était plus difficile à obtenir que dans une ville. Quand à cinq heures trois quarts du matin, le cordon eut cessé de

(1) Rintel. — *Monats. fur Geburts.* 1869.

battre, et que la sage-femme se fut assurée de l'existence d'une grossesse gémellaire, on demanda l'assistance d'un médecin. J'arrivai vers sept heures du matin et trouvai la femme très-excitée, mais complétement sans douleurs; l'enfant expulsé jusqu'à la tête était livide et sans vie. Par l'exploration utérine que je pratiquai avec toute la main, je ne pouvais atteindre ni la bouche ni le menton, mais je sentis partout des os du crâne, sans pouvoir distinguer aucune suture. Je dois avouer que l'exploration ne me donna pas une image claire de la situation, et que je ne pus m'expliquer pourquoi je ne pouvais atteindre ni la bouche ni le menton de la tête qui étaient indubitablement là. L'examen extérieur dénota l'existence d'un deuxième fœtus vivant, dont, à mon avis, il n'y avait pas à s'occuper pour le moment. Je fis donc des tractions énergiques sur le tronc de l'enfant expulsé en partie, mais sans le moindre succès; la tête était solidement enclavée et ne bougeait pas. Alors je me décidai à appliquer le forceps ce qui fut fait avec assez de difficulté. Enfin, j'y réussis, et après quelques tractions modérées, je pus extraire à mon grand étonnement, la tête du deuxième fœtus. J'activai le dégagement, et vers sept heures et demie du matin, je liais le cordon d'un enfant vivant. L'extraction de la tête du premier fœtus ne présenta plus alors de difficulté notable et se fit facilement dès que j'eus introduit deux doigts en forme de crochet dans la bouche. La délivrance suivit bientôt. Le délivre était très-volumineux et commun aux deux produits; il était partagé en deux moitiés égales par l'insertion des membranes sur le milieu. Les cordons ne présentaient rien d'anormal. L'état de la mère et de l'enfant est bon.

OBSERVATION XXXI (1).

Broers fut appelé par une sage-femme à un accouchement gémellaire dans lequel l'un des enfants qui s'était présenté par les pieds, était expulsé jusqu'à la tête, mais dont l'extraction complète occasionna des difficultés sérieuses. Par l'exploration on trouva, sous le cou allongé du premier enfant et vers le sacrum, une deuxième tête en première position. Les contractions avaient fortement engagé les deux enfants. Le menton du premier, dont la tête n'était pas encore sortie, pressait contre l'occiput du second. Au premier moment, il y eut hésitation sur la façon dont il fallait agir; mais bientôt on appli-

(1) Broers. — *Monats. fur Geburts.* 1857.

qua le forceps et, par quelques tractions insignifiantes, on dégagea la tête et même on amena un enfant vivant. L'autre enfant était mort depuis longtemps.

OBSERVATION XXXII (1).

La femme de G. Sch..., à H..., primipare, bien constituée, âgée de 24 ans, après une grossesse régulière, accoucha jusqu'à la tête d'un enfant à terme quoique un peu faible. Tous les efforts que fit la sage-femme, pour dégager la tête, demeurèrent sans succès. J'arrivai quatre heures après. Les douleurs étaient actives, et le ventre plus plein qu'il ne l'est d'habitude en pareil cas L'enfant était expulsé jusqu'à la tête. La main introduite dans le vagin butait immédiatement en arrière de la symphyse pubienne sur l'occiput qui, renversé vers la nuque, était fortement appliqué contre le dos. Dans la concavité du sacrum, un peu profondément, on sentait une deuxième tête la figure tournée en haut. L'extraction de l'enfant (déjà expulsé en grande partie) par l'introduction de deux doigts dans la bouche, ne réussit pas.

Alors j'appliquai le forceps sur la seconde tête et je pus dégager avec la plus grande facilité un deuxième enfant qui était aussi à terme, quoique un peu plus faible que le premier et qui était vivant.

La tête du premier ne se dérangea pas pendant l'extraction et fut retirée quelques minutes après. Les deux placentas détachés suivirent immédiatement.

OBSERVATION XXXIII (2).

Le 21 juin dernier on amenait à la Clinique une femme enceinte de deux enfants. A son arrivée le tronc du premier enfant était sorti hors les organes génitaux externes. Des tentatives d'extraction avaient été faites en ville sans amener aucun résultat. Je trouvai une tête profondément engagée dans l'excavation pelvienne ; mais cette tête n'appartenait pas au tronc expulsé, comme on l'avait cru tout d'abord : c'était la tête du deuxième enfant dont le corps était encore contenu dans la matrice.

Je fis sur cette tête une application de forceps qui me permit d'extraire facilement ce deuxième enfant, et en même temps se dégagea la tête du premier.

---

(1) Genth. — *Neue Zeitschr. f. Geb.* 1848, p. 75.
(2) Depaul. — *Leçons de Clinique Obstétricale*, 1872.

Les deux enfants naquirent morts; on remarquait, sur la poitrine et principalement sur le côté gauche de l'enfant qui présentait le sommet, une dépression produite par la tête du premier. Cette dépression nous parut avoir occasionné la mort du second enfant.

OBSERVATION XXXIV (1).

M. Enaux, chirurgien à Dijon, ayant été appelé auprès d'une femme dont le travail de l'accouchement était fort avancé, dégagea les pieds de l'enfant qu'il trouva dans le vagin, et fit descendre le tronc aisément jusqu'à ce qu'il eût abaissé les bras; mais dans ce moment, des obstacles l'obligeant d'insinuer une main au-dessous du corps de l'enfant, il fut surpris de voir que la tête d'un second avait été entraînée jusqu'au-dessous de la saillie du sacrum. Ne pouvant la repousser et ayant fait inutilement de nouveaux efforts pour achever d'extraire le premier enfant, il se détermina à la dégager avec le forceps, pendant qu'un aide relevait le corps qui était au-dehors, vers le pubis de la mère; et, par ce procédé, il délivra la femme, en premier lieu, de celui des jumeaux qui paraissait d'abord devoir naître le dernier. Il fait observer que ces enfants était très-petits, et que la femme n'était qu'au commencement du neuvième mois de sa grossesse.

Hœdrich put, favorisé par la largeur exceptionnelle du bassin de la mère, introduire la main derrière la tête du second enfant, la saisir, et l'attirer jusqu'à la vulve.

OBSERVATION XXXV (2).

Au mois de novembre 1841, je fus appelé chez la femme d'un cordonnier, primipare, dont l'accouchement, au dire d'une sage-femme et d'un jeune médecin qui m'avait précédé, présentait des circonstances insolites et des difficultés extraordinaires.

Je trouvai en effet, à mon arrivée, un premier jumeau qui s'était présenté par les genoux, dont le tronc était au dehors et la tête encore retenue dans les organes maternels. L'obstacle

(1) Enaux, cité par Baudelocque. — in *L'art des accouchements*, 4e édit. T. II, p. 532.

(2) Hœdrich. — *Journal de Malgaigne*, 1845.

à l'expulsion de cette première partie n'était autre que la descente prématurée de la tête du second jumeau.

Une application de forceps avait été tentée sans succès. La matrice était tombée dans une inertie presque complète ; la femme était très-épuisée et quant à l'enfant dont le tronc pendait au dehors, l'état du cordon qui était froid et ne battait plus, ne laissait guère d'espoir de le sauver. J'introduisis d'abord la main gauche dans le vagin, en la faisant glisser au-dessous du cou du côté gauche du bassin ; mais je ne pus pénétrer bien loin à cause de l'étroitesse de l'espace ; et me portant de l'autre côté, je parvins jusqu'au détroit supérieur, sur lequel était déjà fortement appuyée la tête du second jumeau ; je la contournai du côté de la symphyse sacro-iliaque et de la concavité du sacrum, ce que permirent sans peine et le petit volume de la tête et l'ampleur un peu plus qu'ordinaire du bassin.

Au milieu des contractions utérines que cette manœuvre excita, je réussis à embrasser l'occiput, et saisissant les côtés du crâne dont les os minces cédaient à la compression, j'entraînai, pendant une douleur, la tête jusque dans l'excavation. Quelques contractions la poussèrent ensuite jusqu'à la vulve qu'elle ne tarda pas à franchir, et, en même temps que le tronc de ce second jumeau, fut expulsée la tête du premier. Celui-ci était mort ; l'autre dans un état d'asphyxie qui fut promptement dissipé. Il n'y avait qu'une seule poche, et les deux fœtus, dont toutes les membranes étaient communes, nageaient dans les mêmes eaux.

Nous avons trouvé trois observations d'accouchements multiples dans lesquels les accoucheurs ont cru devoir pratiquer la crâniotomie.

OBSERVATION XXXVI (1)

Mme S. A., primipare, âgée de 27 ans, vint me consulter au sixième mois de sa grossesse. Elle avait de l'œdème des extrémités inférieures, que je fis disparaître bientôt. Il reparut au bout d'un mois, accompagné d'une dyspnée considérable. Bientôt je me demandai si je n'aurais pas à l'accoucher prématurément. Tout-à-coup, au 24 janvier, on m'envoya chercher ; je la trouvai en travail. Le col était mou et se dilatait facilement ; les douleurs étaient courtes, rapides et spasmodiques. Je crus

(1) Thurston. — *British med. Journ.*, 1867.

découvrir que le siége se présentait, mais ce ne fut que lorsque la poche des eaux se fût rompue que j'en fus certain. Les jambes, le corps et les bras suivirent, puis tout cessa, même les douleurs.

J'administrai une dose de seigle ergoté, afin d'accoucher la mère rapidement et de sauver l'enfant ; mais rien ne fit. J'examinai de nouveau et découvris une seconde tête en arrière de la première. Je réussis avec difficulté à introduire les doigts dans la bouche du premier enfant, qui se trouvait derrière l'arcade pubienne. Je consultai un ami qui était avec moi, et nous résolûmes de sauver la vie du second enfant, car le premier était déjà mort. J'essayai de soulever la tête du second enfant, mais en vain.

La malade était en mauvaise santé et d'une faible constitution, de sorte qu'il fallait la délivrer très-vite. Le seul moyen était de perforer la tête du second enfant ; je la vidai entièrement, et malgré cela, j'eus beaucoup de peine à extraire le premier. Sitôt après, les douleurs reparurent, le second enfant sortit, et, quelques minutes plus tard, le placenta. La mère guérit après avoir été longtemps en danger.

OBSERVATION XXXVII (1)

L'enfant était sorti jusqu'à l'ombilic quand le travail cessa. Irwin trouva dans le bassin une tête, dont la nuque était tournée vers la symphyse sacro-iliaque droite et la face vers la cavité cotyloïde gauche. Ayant donné, sans effet, un drachme de seigle ergoté, il dégagea les bras avec beaucoup de difficulté et l'assistance de deux autres médecins. Il ne put cependant pas extraire complétement le corps de l'enfant, et il se décida à lui perforer le crâne pour dégager le passage. Ceci fait, la tête du premier fut extraite ; le second fœtus suivit naturellement. Le premier enfant serait né vivant.

OBSERVATION XXXVIII (2)

Le 21 octobre 1821, on m'envoya chercher pour un accouchement difficile. La sage-femme qui se trouvait là, me dit que la malade souffrait depuis le 16, mais que le col n'avait commencé à se dilater que la veille. Le siége se présentait, les pieds descendirent naturellement, ainsi que les bras et le

(1) Irwin, cité par Reimann.
(2) Alexander. — *The Edimb. Med. and Surg. Journ.*, 1822.

corps, mais alors l'accouchement s'arrêta et devint très-pénible. En examinant, je découvris une tête occupant la cavité du bassin ; j'essayai de l'extraire, mais ne réussissant pas, j'examinai de nouveau avec plus de soin. Je fus bientôt convaincu que la tête que je sentais dans le bassin, n'appartenait pas à l'enfant déjà à moitié extrait, dont la tête se trouvait au moins au détroit supérieur. En soulevant le corps du premier enfant, je pus glisser ma main entre les deux têtes, de façon à pouvoir toucher la face du second enfant. En somme, la face du second enfant était fortement appliquée à la nuque du premier, et la face du premier tournée vers la gauche. Les deux têtes étaient absolument enclavées. J'essayai, mais en vain, de repousser celle du second enfant et je me décidai alors, après avoir consulté mes amis, les docteurs Stenhaus et Dewor, à perforer la tête du second enfant. Même après cette opération, il me fut impossible d'extraire le premier et je lui perforai aussi la tête. L'enclavement était si complet, que l'opération présenta beaucoup de difficultés. Je parvins enfin à l'accomplir heureusement ; bientôt les troncs, et peu après le placenta furent extraits. Le premier et le second jour, la mère se porta bien ; la nuit suivante, elle eut un fort frisson, la peau devint chaude, sèche, et tout l'abdomen excessivement sensible. Je la saignai immédiatement, un purgatif violent fut administré. Les symptômes diminuèrent, mais reparurent trois jours après ; je recommençai la médication et réussis encore à les conjurer. Tout alla assez bien jusqu'au 1er novembre. Cette nuit elle eut un autre frisson, une douleur affreuse au haut du sacrum et à la partie inférieure de l'épine dorsale. Les lochies, qui avaient disparu après la première saignée, reparurent, et je découvris que l'écoulement était abondant, sanglant et fétide. Le pouls devint très rapide, la face prit une expression de douleur intense, les purgatifs et les diaphorétiques ne firent aucun bien, et malgré moi, j'eus encore recours à la lancette. La saignée fit du bien, mais je jugeai la malade perdue. Le pouls devint faible, quoique aussi fréquent, les forces tombèrent. En dépit de tous mes efforts, bientôt il y eut un collapsus complet avec soubresaut des tendons ; elle mourut le 8 novembre, seize jours après l'accouchement.

Voici quelques cas où l'accouchement fut facilité par la décollation du premier enfant.

OBSERVATION XXXIX (1).

Le Dr Duncan, appelé à 5 heures, par le Dr Georges Rosa, pour l'aider dans un accouchement pénible, trouva Mme F..., âgée de 21 ans, à sa seconde grossesse, en plein travail. De vives douleurs s'étaient faites sentir vers midi ; à 2 heures, le corps d'un enfant fut expulsé ; les douleurs continuèrent très-vives sans aucun effet, jusque vers 5 heures et on envoya chercher le Dr Rosa. Lorsque le Dr Duncan vit la malade peu après il trouva que la tête du premier enfant ne pouvait entrer dans le petit bassin à cause de la tête du second qui occupait l'excavation du sacrum. Le cou du premier enfant se trouvant entre elle et le trou obturateur gauche de la mère. L'occiput du second enfant était à droite, celui du premier dans une position presque diamétralement opposée Pendant une contraction, les deux têtes descendirent, surtout la seconde qui se trouva alors pressée avec force au détroit inférieur. Le Dr Duncan croyait qu'on aurait pu extraire les deux enfants entiers. Mais on agit différemment.

L'enfant dont le corps était sorti était certainement mort ; le second, autant qu'on pouvait le savoir, l'était aussi ; le vagin était très-distendu et semblait être tiré par en haut ; et la tumeur utérine très-sensible au toucher. La femme souffrait depuis longtemps et il fallait la soulager au plus vite. Le Dr Duncan se décida à l'accoucher, vite, facilement et avec sûreté pour elle.

Avec un bistouri il décapita le premier enfant, dont la mort certaine remontait à quelques heures; après cela, il survint des contractions. Toutefois les têtes ne se décrochèrent pas ; et après quelques douleurs inutiles, il appliqua le forceps à la tête du second enfant et l'amena sans aucune difficulté. La tête du premier enfant fut extraite en saisissant le moignon de la colonne vertébrale avec un forceps de Lyon Le placenta vint peu après à 6 h. 1/4). La mère guérit parfaitement. Les enfants étaient beaux et à terme.

OBSERVATION XL (2).

Le 18 février 1838, je fus appelé près de la femme de John Gray ; les douleurs avaient commencé depuis quelque temps, le siége se présentait; les pieds descendirent bientôt, puis

(1) Duncan, *Edimb. med. journ.* Aug. 1855.
(2) Raynes, *Obstetrical Transactions*, vol. IV.

tout s'arrêta. En examinant, je trouvai que la cause de l'arrêt était l'enclavement de deux têtes et de deux mâchoires. Je sectionnai immédiatement la tête du premier enfant avec un canif, car je n'avais que cet instrument. La tête du second fœtus dépassant alors la première, descendit bientôt et l'enfant fut extrait vivant. Il mourut cependant peu après. La tête du premier, qui était remontée d'elle-même, fut extraite sans grande difficulté, la traction étant exercée par les doigts introduits dans la bouche.

OBSERVATION XLI (1).

Mme M..., primipare, âgée de 26 ans, délicate, m'envoya chercher le 15 mai, vers midi, parce que depuis la veille elle était en travail ; et que les douleurs n'aboutissaient à rien. Je trouvai le col très-dilaté, la hanche et le cou se présentaient ; la hanche étant en haut et en arrière. Je ne fis rien d'abord, mais deux heures après, en découvrant que le bras recourbé était presque entièrement descendu, je me décidai à intervenir. La malade souffrait beaucoup et paraissait épuisée. Attendre était dangereux et ne pouvait que nuire. Le rectum et la vessie ayant été vidés, je déchirai les membranes qui ne contenaient que très-peu de liquide; je saisis les pieds, les attirai à moi et administrai à la malade une dose de seigle ergoté. Bientôt, l'accouchement devint très-pénible, j'eus beaucoup de peine à extraire les bras et, les examinant alors, je découvris le crâne d'une tête se présentant en avant de la poitrine du premier enfant là où aurait dû se trouver son menton. On pouvait arriver à toucher son cou, mais difficilement, car les deux têtes étaient absolument appliquées l'une contre l'autre et dans le bassin. Par la palpation abdominale, je m'assurai que ce cas était un accouchement gémellaire et ne pouvait progresser naturellement. Les douleurs étaient encore assez vives, mais pourtant je craignais l'épuisement pour la malade, puis le manque de résistance des parties molles, surtout du rectum et de la vessie qui étaient écrasés par les deux têtes se mouvant en sens inverse. Il fallait intervenir. Trois plans se présentèrent à mon esprit : 1° soulever la première tête ; 2° l'ouvrir et l'écraser, ou 3° décapiter le premier enfant.

Le premier moyen était impossible, le second ne valait pas grand'chose, car le second enfant, qui eût seul la chance de naître vivant, se trouvait sacrifié sans aucun avantage, parce que la tête, même diminuée de volume, eût été un obstacle très-

(1) Eton. *London Méd. Gas.* 1846.

dangereux. Le troisième moyen était préférable pour la mère et le second enfant. Je l'adoptai. Je décapitai le premier enfant à peu près à la septième vertèbre cervicale, je soulevai le cou et la seconde tête descendit sensiblement. Au moyen du forceps, j'accouchai la malade une heure après. L'utérus malheureusement devint inerte ; il fallut donner de l'eau-de-vie et de l'alcool à forte dose, et bientôt il se vida sans grande hémorrhagie. Je ne parvins pas à sauver le second enfant, mais la mère guérit très-bien. Les deux enfants étaient à terme, ils avaient chacun plus de 40 centimètres de haut.

OBSERVATION XLII (1).

M. S., primipare, âgée de 28 ans, ayant eu ses dernières règles au commencement de septembre et attendant son accouchement à la fin de mai ou au commencement de juin 1869. Pendant sa grossesse elle a eu sa bonne santé habituelle jusqu'au commencement de mars. J'ai été appelé à la soigner pour des douleurs musculaires du côté droit de la poitrine provenant d'une toux incessante. Elle en fut remise rapidement au bout d'une semaine et même moins. Les petites douleurs arrivèrent à 3 ou 4 heures de l'après-midi du 19 mars ; elles ne prirent le caractère de vraies douleurs que le lendemain à 2 heures de l'après-midi. Les membranes se rompirent spontanément à 4 heures, et on fut chercher la sage-femme. Celle-ci vint à 5 heures du soir et trouva une présentation des pieds ; mais se trouvant suffisamment compétente, elle n'eut recours au médecin qu'après avoir en vain tenté l'extraction.

Je ne vis la malade qu'à 9 heures 1/2 et trouvai un siége hors de la vulve. Il n'y avait pas de pulsations dans le cordon ; les jambes et le corps étaient froids et livides, et la tête de l'enfant regardait le pubis. Je m'efforçai de tirer en bas d'abord un bras, puis après l'autre, sans rien rencontrer d'anormal. Cette manœuvre étant faite, comme la tête ne venait pas, j'introduisis l'indicateur de la main droite, en vue de le mettre dans la bouche du fœtus et de hâter ainsi la délivrance. Au lieu de rencontrer une bouche, je trouvai, à mon grand étonnement, un œil. J'ai alors cherché et reconnu bien vite son compagnon et au-dessus d'eux le nez et la bouche. Ayant retiré ma main droite, j'ai introduit la gauche derrière le cou et l'ai passée hardiment entre le cou de l'un des enfants et la figure de l'autre, regardant aussi vers le pubis de

(1) Perry. — *British méd. journ.*, 1869, p. 588.

la mère. J'essayai ensuite de repousser la seconde tête et n'ayant pas pu réussir, je fis appeler un confrère.

Mon ami, le docteur Martin, vint au bout d'une heure. Dans l'intervalle, les douleurs avaient continué avec la même violence et quoique la tête fût descendue jusque vers le périnée, il était évident qu'il fallait prendre une détermination rapide. D'accord avec M. Martin, à minuit un quart, nous prîmes les épaules et les tirâmes avec force. J'ai alors rétracté les téguments de la poitrine et les épaules autant que possible, et tandis que mon confrère protégeait les organes maternels, j'ai divisé les téguments aussi bas que possible avec un bistouri. La 3e et la 4e vertèbre ayant été disloquées par la traction, il y avait un grand lambeau pour recouvrir les os et protéger le vagin contre toute espèce d'éraillure. Les douleurs s'arrêtèrent quelque temps et, à leur reprise, la seconde tête commença à avancer. Nous avons alors repoussé, aussi haut que possible, la tête désarticulée en la maintenant en place; la tête du second enfant, pendant une douleur, descendit, fit gonfler le périnée et fut chassée facilement, avec la face toujours tournée vers le pubis. M. Martin ramena la face en haut et vers la hanche droite et, à la douleur suivante, la tête séparée du tronc descendit avec la nuque de l'autre fœtus, distendit énormément le périnée et fut chassée entre le thorax du second enfant et le coccyx de la mère. Le corps du n° 2 suivit rapidement mort-né, et après 10 minutes il fut suivi des deux placentas. Ceux-ci étaient distincts et n'avaient de connexions que par les membranes. Le périnée n'était pas déchiré, il n'y eut pas d'hémorrhagie et l'utérus se contractait convenablement.

J'ai donné du seigle ergoté, appliqué un bandage, et laissé quelques doses de laudanum en cas de besoin. Les jumeaux étaient des filles pesant chacune 4 livres 3/4. La mère se remit facilement.

OBSERVATION XLIII.

Hoffmann (1) trouva le premier enfant sorti jusqu'au cou, mais déjà mort. Son cou était si solidement enclavé avec la tête de l'autre qu'il était impossible de le remuer. Pour sauver ce second enfant, l'accoucheur sectionna le cou du premier; puis, à l'aide du forceps, il amena l'autre vivant. Une violente hémorrhagie l'obligea à extraire en même temps la tête détachée, ce qu'il fit en introduisant ses doigts dans la bouche.

(1) Cité par Reimann.

OBSERVATION XLIV.

Meigs (1), lui aussi, décapita le premier enfant. Les deux étaient morts.

Les deux fœtus peuvent s'accrocher, comme on le voit d'après ces observations, la tête de l'un appuyant sur le thorax de l'autre (Obs. XXVI); puis, et c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, la tête de l'un appliquée contre la tête de l'autre. Alors l'accrochement peut avoir lieu de différentes manières:

1° Les deux fœtus s'accrochent réciproquement par le menton, la face de chacun d'eux tournée vers le cou de l'autre, comme dans le cas de Pollock (Obs. XVI).

2° Le menton de l'un peut appuyer sur l'occiput de l'autre. (Cas de Broers. Obs. XXXI).

3° L'occiput de chaque fœtus peut s'emboîter, en quelque sorte, dans la nuque de l'autre, ainsi que l'a observé Woakes. (Obs. I).

4° L'accrochement peut être latéral. — Ceci se comprend car chaque fœtus peut être considéré comme un cône dont la base répond à la tête. Or, si la tête du deuxième enfant s'engage avant celle du premier, pour que la tête de celui-ci puisse passer, il faut que le diamètre du bassin soit au moins égal au diamètre des deux têtes réunies.

L'observation de notre ami Budin est un type de ce genre, type indiscutable non-seulement à cause de l'observation soigneusement prise, mais encore parce que les déformations qui en ont été la conséquence ont été reproduites, et M. Budin en a donné le tracé dans sa thèse. Le dessin (*Fig. 2*) a été fait les deux enfants morts dans la position qu'ils occupaient au moment de l'accouchement.

Dans un mémoire: *On the simultaneous entrance of*

(1) Cité par Reimann.

both heads of twins into the pelvis (1) Reimann semble dire qu'à de rares exceptions, les deux fœtus s'accrochent par le menton. Aussi, dit-il, essayer de repousser la deuxième tête, c'est faire une mauvaise manœuvre, et il faut sans perdre son temps, appliquer le forceps sur la tête du second enfant.

Le raisonnement et la pratique lui donnent tort.

Le raisonnement, car si les deux mentons étaient accrochés, qu'est-ce qui prouve qu'il soit impossible, en repoussant latéralement l'un d'eux, de faire cesser l'emboîtement et de repousser la tête du second enfant.

La pratique, car nous avons vu qu'il est parfois possible de refouler la tête du second fœtus. Cette manœuvre, il est vrai, a surtout réussi alors que les deux têtes étaient placées l'une à côté de l'autre, comme dans l'observation de Budin.

Il est probable que, dans ce cas, si la sage-femme, au lieu d'administrer du seigle ergoté et de s'épuiser pendant un quart-d'heure en efforts impuissants et dangereux pour les fœtus, l'événement l'a prouvé, s'était d'abord rendu compte de la nature de l'obstacle, les deux enfants auraient pu être sauvés.

§ 3. — Le premier enfant se présente par la tête, le deuxième par le siége.

Lorsque le premier enfant se présente par la tête, le deuxième venant en présentation du siége ne saurait gêner son expulsion, à moins que, comme dans l'observation suivante empruntée à Mauriceau, la poche des eaux du deuxième ne fasse saillie au-dessous de la tête du premier et ne l'empêche de s'engager. Ce cas est analogue à celui de Smellie.

---

(1) *American journ. of obstetrics.* Janv. 1877.

OBSERVATION XLV (1).

De l'accouchement d'une femme grosse de deux filles, dont la première présentait la tête, et la seconde le pied.

Le 23 décembre 1673, j'ai accouché une femme grosse de huit mois et demi de deux filles vivantes, qui avaient chacune leur arrière-faix séparé, dont les membranes se tenaient néanmoins par un petit intervalle vers le bas. La première de ces filles se présentait naturellement par la tête ; et la seconde par les pieds. Mais comme la membrane des eaux de cette seconde fille se présentait au passage d'une grosseur très-considérable, la tète du premier enfant dont les eaux n'étaient aucunement préparées, était empêchée de descendre au passage ; ce qui avait été cause que cette femme n'avait pas pu accoucher depuis deux jours entiers qu'elle était en travail, lorsque je fus mandé pour la secourir, comme je fis en perçant aussitôt la membrane des eaux de ce second enfant, pour débarrasser entièrement par l'écoulement de ses eaux, le passage qui en était tout occupé ; après quoi sentant la simple extrémité de quelques doigts du pied de ce second enfant, je reconnus qu'il se présentait en mauvaise posture. Mais comme ce même enfant était encore situé bien haut, et que la tête du premier était un peu descendue, je la logeai au passage, après avoir percé la membrane de ses eaux qui la tenait trop suspendue, ensuite de quoi cette femme accoucha presque aussitôt de ce premier enfant, qui étant sorti, me donna lieu de tirer incontinent après le second qui présentait les pieds.

§ 4. — Les deux enfants se présentent par le siége.

Quand les deux jumeaux se présentent par l'extrémité pelvienne, ils peuvent offrir soit une présentation complète soit une présentation décomplétée. Si les deux présentations sont complètes, il est assez difficile d'admettre que les deux siéges s'engagent simultanément. Mais si les deux sié-

(1) Mauriceau, t. II. Obs. CII.

ges sont décomplétés, les pieds de l'un et de l'autre fœtus peuvent descendre dans le vagin, et ils pourraient être confondus : pour cela, il faudrait qu'ils fussent contenus dans une même poche, ou bien que les deux poches fussent rompues. Encore est-il facile, en suivant un des membres jusqu'au pli de l'aîne, comme l'indique Amand, de reconnaître les parties du corps appartenant à chacun en particulier. Quant à l'observation d'Amand (Obs. XLVII de notre thèse), nous ne savons trop quelle confiance on doit lui accorder. Tout d'abord, en admettant qu'il y avait à la sortie des têtes des deux fœtus un obstacle insurmontable, il faut supposer que la sage-femme dont parle cet auteur était douée d'une vigueur assez rare, puisqu'elle a pu séparer consécutivement les deux corps des enfants d'avec leurs têtes. Or, le professeur Pajot (1) a vu le col d'un fœtus résister pendant une demi-heure à un tiraillement opéré par un poids de 60 kilogrammes. D'après Matthews Duncan (2), la force nécessaire pour amener la décapitation serait d'environ 54 kilogrammes. Il est vrai que dans les expériences rapportées dans la thèse de M. Budin, le col a cédé à des tractions bien inférieures (de 20 à 30 kilogrammes) ; mais peut-être cela tient-il, comme l'auteur le dit lui-même, à ce qu'il avait plongé ses fœtus dans l'eau chaude.

OBSERVATION XLVI (3).

Accouchement d'une femme grosse de deux enfants, qui présentaient trois pieds hors du passage.

Le seizième avril 1691, sur les quatre heures du matin, on me vint prier d'aller accoucher une dame qui demeurait sur

---

(1) Pajot. *Thèse d'agrégation*, 1853, p. 118.

(2) Duncan. *Sur le mécanisme de l'accouchement.* — Trad. P. Budin, p. 144.

(3) Amand. *Nouvelles observations sur la pratique des accouchements*, p. 83.

le quai de la Tournelle ; je reconnus en la touchant qu'elle n'accoucherait pas sitôt, par la disposition où je trouvai l'orifice intérieur de sa matrice, outre que les douleurs lentes et éloignées qu'elle ressentait me firent juger que l'accouchement pouvait bien être contre nature, en quoi je ne me trompai pas ; en effet, les douleurs ayant augmenté sur les cinq heures et demie du soir, lorsque je voulus la toucher une seconde fois, je sentis hors du passage trois pieds, ce qui me fit connaître que les eaux étaient écoulées. Ensuite, je pris deux de ces pieds, savoir un droit et un gauche, et je portai ma main le long de la jambe et de la cuisse de chacun de ces deux pieds jusque aux aines, ou vers les fesses pour reconnaître s'ils dépendaient l'un et l'autre d'un même corps ; ce qui doit servir de guide en pareil cas pour prendre, et pour tirer les pieds de l'enfant, parce que sans cela, j'aurais été en danger, cette dame étant grosse de deux enfants, de prendre un pied de l'un et un pied de l'autre ; ce qui aurait rendu l'accouchement impossible, ne se pouvant faire que deux enfants sortent en même temps. Aussitôt que j'eus tiré les pieds hors du passage, et que j'eus ondoyé l'enfant, sous condition, ce que l'on doit toujours faire dans les accouchements contre nature, avant que de faire l'extraction de l'enfant ; ce que je dis ici une fois pour toutes, pour me dispenser de le répéter dans la suite, j'achevai de tirer l'enfant jusqu'au haut de la poitrine, en le tournant de manière que sa face regardât l'anus de sa mère, et que ses talons fussent du côté du ventre de la malade, après cela, j'introduisis une seconde fois ma main dans le col de la matrice, pour dégager et pour tirer les bras dehors, l'un après l'autre, en les prenant par le ligament annulaire, c'est-à-dire, un peu au-dessus du poignet, ce qu'il faut toujours faire autant qu'il est possible, de crainte de casser ou luxer le bras ou l'avant-bras en voulant le tirer hors du passage, pour le coucher comme l'on doit faire le long des parties latérales du corps de l'enfant ; ensuite je priai la mère de s'efforcer afin que je pusse tirer l'enfant tout d'un coup, il arriva cependant que la tête se trouva fort grosse, et qu'elle fit une résistance considérable : ainsi, de peur de blesser l'enfant, et pour empêcher que la tête ne restât dans la matrice, et son corps entre mes mains, funeste accident qui est arrivé plusieurs fois comme l'on peut voir dans la suite de mes observations, ayant été appelé très-souvent pour tirer des têtes ainsi restées seules dans la matrice: afin de prévenir un semblable malheur, je portai à cet enfant le doigt indice de ma main gauche dans sa bouche, pour abaisser sa mâchoire inférieure, et avec ma droite l'appuyant, et tirant vers les premières vertèbres du col, je tirai un garçon vivant

sans qu'il y soit arrivé aucun accident, puis je fis deux ligatures au cordon ombilical, l'une à deux travers de doigt de la première pour couper le cordon entre ces deux ligatures, afin d'empêcher par ce moyen que le sang ne se perdit, tant de la part de l'enfant, que de celle de la matrice, et j'allai ensuite chercher les pieds du second enfant, avec lesquels j'amenai un garçon de la même manière que j'avais tiré le premier, puis je délivrai la mère, qui n'avait qu'un arrière-faix commun aux deux enfants. Cette dame s'est fort bien rétablie, et ces deux enfants ont vécu plusieurs mois.

OBSERVATION XLVII (1).

Accouchement d'une femme grosse de deux enfants, dont les deux têtes furent séparées des corps, et restèrent seules dans la matrice avec l'arrière-faix.

Le 5 avril 1703, sur les dix heures du matin, je fus prié d'aller dans la rue Mouffetard, au faubourg Saint-Marcel, pour secourir une dame; les membranes avoient percé la veille, et les eaux s'étoient entièrement écoulées avant les huit heures du soir. Cette dame s'étoit trouvée grosse de deux enfants; sa sage-femme l'ayant voulu accoucher, elle avoit eu le malheur de séparer consécutivement les deux corps des enfants d'avec leurs têtes, qui restèrent seules dans la matrice avec l'arrière-faix qui leur étoit commun ; le cordon du premier enfant qu'elle avoit tiré y étoit demeuré attaché, et celui du second s'étoit rompu vers le milieu de l'arrière-faix, et étoit demeuré attaché par l'autre extrémité au nombril de l'enfant, et paroissoit dans toute sa longueur, comme je le fis remarquer à M. F...., maître apothicaire, à Paris, mary de cette femme.

J'obmettais de dire que outre la tête qui avoit été séparée à un de ces enfants, on lui avoit aussi arraché un bras, qui étoit séparé au droit de l'articulation de l'humérus avec l'omoplatte ; ce pitoyable état de ces deux enfants (c'était deux garçons qui me furent représentez), et celui de la mère qui étoit d'une complexion très-délicate et très-foible, me touchèrent d'une vive compassion ; de sorte qu'ayant fait mettre diligemment cette dame dans une situation commode pour tirer ces deux têtes, je me mis en devoir d'en faire l'extrac-

(1) Amand. — *Nouvelles observations sur la pratique des accouchements.* 2e éd. 1715, p. 233.

tion ; j'en vint promptement et heureusement à bout, sans me servir du crochet, ni d'aucuns autres instruments, mais d'une autre machine, dont j'enseignerai la méthode, après cette observation. La sage-femme, et plusieurs autres personnes, en furent témoins, aussi bien que l'époux de la malade, ensuite je délivrai la mère à laquelle il n'arriva aucun accident et qui s'est bien rétablie.

Schultze (1) accoucha une femme enceinte de jumeaux qui présentaient à l'orifice utérin quatre pieds et une main ; mais il existait deux poches des eaux dont une seule était rompue, et l'autre recouvrait les pieds de l'un des enfants.

Schultze tira légèrement sur les pieds du fœtus qui était le plus bas et dont les membranes étaient rompues ; l'accouchement se fit sans difficultés.

De ce cas, on peut rapprocher celui de Plessmann, cité par Cazeaux (2). Il aurait trouvé, engagées dans l'orifice, quatre extrémités inférieures sorties jusqu'aux jarrets et un bras. Il aurait obtenu la réduction de ces extrémités fœtales en faisant suspendre la femme par les jarrets, la tête et les épaules portant seules sur le chevet. Ce moyen brutal, quoique recommandé par Hippocrate, n'est plus de mode aujourd'hui ; et nous ne voyons pas, pour notre compte, en quoi il peut mieux réussir que le simple refoulement des parties fœtales.

§ 5. — Le premier enfant se présente par la tête, le deuxième par le tronc.

Les faits de ce genre sont fort rares ; il n'en existe guère dans la science de bien accrédité que celui de Jacquemier. Mais il est indiscutable, ayant eu pour lui la démonstration de Morgagni. — La figure ci-dessous, empruntée ainsi que

(1) *Monatsch. — f. Geburts.* 1858.
(2) Cazeaux. — *Traité d'Accouchements*, p. 666.

la suivante au Manuel d'accouchements de Pénard, montre la situation respective des deux fœtus.

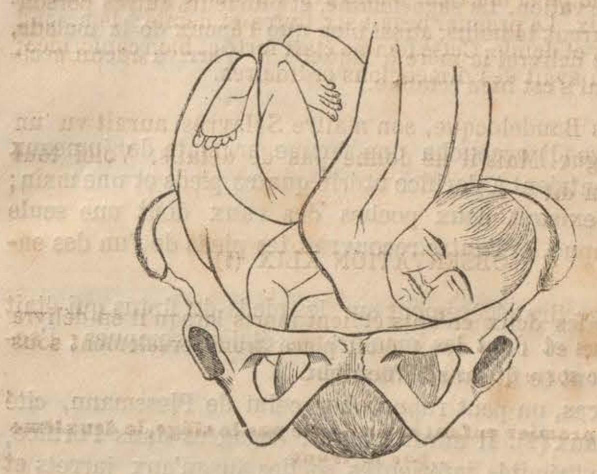


Fig. 4.

OBSERVATION XLVIII (1).

Dans le courant de l'année 1838, une femme fut apportée presque mourante à la Maison d'accouchements de Paris, où elle succomba quelques heures après son entrée. La sage-femme qui l'accompagnait dit qu'elle était enceinte pour la neuvième fois, que tous ses accouchements avaient été longs, mais naturels, que dans ce dernier elle souffrait depuis neuf jours et que les eaux étaient écoulées depuis trois, enfin que le forceps avait été appliqué sans succès. La tête, profondément engagée dans l'excavation pelvienne, écartait déjà les lèvres de la vulve.

Mais cette femme était dans un état désespéré, et la mort du fœtus étant certaine, on ne fit aucune tentative pour la délivrer. A l'ouverture du cadavre, on trouva deux fœtus dans la cavité utérine; les deux œufs étaient divisés et ne renfermaient plus de liquide amniotique. Le fœtus dont la tête plongeait dans l'excavation pelvienne, était en position occipito-cotyloïdienne gauche et avait franchi l'orifice utérin. Le second était en position céphalo-latérale droite de l'épaule gauche; la tête reposait sur la fosse iliaque droite et le devant

(1) Jacquemier. — *Traité d'Obstétrique.* T II, p. 131.

du cou, situé au-dessous de l'épaule antérieure du premier fœtus, embrassait exactement son cou dans un demi-anneau; L'épaule gauche appuyait sur le rebord gauche du bassin, et le tronc se relevait parallèlement à celui du premier, dans ce côté gauche de la matrice. D'ailleurs les deux fœtus étaient volumineux. Le premier pesait six livres et demie ; le second sept livres et demie. Cette femme était forte et bien conformée; son bassin avait des dimensions ordinaires.

D'après Baudelocque, son maître Solayrès aurait vu un cas analogue. Mais il ne donne pas de détails. Voici tout ce qu'il en dit :

OBSERVATION XLIX (1).

....Mais les deux enfants étaient morts lorsqu'il en délivra la femme, et l'un deux était placé transversalement sous l'autre, de sorte qu'ils se croisaient.

§ 6. — Le premier enfant se présente par le siége, le deuxième par le tronc.

Ce cas semblerait devoir s'observer plus souvent. On



Fig. 5.

(1) Baudelocque. — *L'art des Accouchements*, 4e édit., t. II, p. 531.

comprend que les pieds d'un fœtus puissent glisser entre la paroi utérine et le tronc d'un autre fœtus placé transversalement, et que la tête du premier soit arrêtée par le corps du second. Nous n'en n'avons cependant trouvé que deux cas.

OBSERVATION L (1).

Leur rapport, chez une autre femme, se trouvait tel qu'ils se croisaient; le premier présentant les fesses dans la situation la plus ordinaire, et le second étant placé en travers sur la partie postérieure de la matrice. La mère et ces enfants furent victimes de l'ignorance d'une sage-femme qui méconnut l'existence du travail de l'accouchement pendant six jours; qui ne sut reconnaître ni la situation du premier de ces enfants, ni les obstacles qui en empêchaient la sortie, et ce que pouvaient alors les forces naturelles qui tendaient à l'opérer. Des convulsions effrayantes se répétaient depuis la veille, lorsqu'un médecin me conduisit chez la femme, où je n'arrivai que pour apprendre qu'elle venait d'expirer, et l'accoucher après sa mort, de deux enfants qui étaient également privés de la vie, et dont l'un était alors sorti presque de moitié, en offrant le siége.

OBSERVATION LI (2).

Accouchement gémellaire. — Présentation simultanée d'un siége et d'une main, d'un coude et d'un talon. — Application du forceps sur le siége; version; double succès.

Madame Granet, rue des Tondeurs, nº 3, belle et forte constitution, exerçant une profession pénible, est déjà accouchée heureusement de trois enfants, actuellement vivants.

Sa dernière grossesse, celle pour laquelle elle a réclamé les soins de son accoucheuse ordinaire, Mademoiselle Fountès, une de nos sages-femmes les plus capables, a été fatigante, pénible, non-seulement à cause du volume énorme du ventre, mais encore à cause du poids, de la gêne et de la fatigue extrême qu'elle a amenée pendant que cette femme continuait

---

(1) Baudelocque.— *L'art des Accouchements*, 4e édit., t. II, p. 534.
(2) Dunal. — *Revue thérapeutique du Midi*, 1858, p. 197.

à remplir ses diverses occupations. Malgré cette fatigue, et sans aucune espèce de soins, la femme Granet est ainsi arrivée à terme. Les premières douleurs se font sentir dans la nuit du 25 février 1858, douleurs d'abord faibles et lentes, qui ne lui semblent mériter quelque attention sérieuse que le matin. L'accoucheuse mandée à six heures et demie, est frappée du volume du ventre et procède à un examen qui ne contribue pas peu à augmenter ses appréhensions. Dans l'orifice du col, mou, dilatable et déjà assez considérablement dilaté, et à travers les membranes, le doigt constate, d'une manière équivoque cependant, grâce à l'élévation des parties, la présence de tumeurs grandes et petites, appartenant certainement à des fœtus différents. Une nouvelle exploration, faite dans les mêmes conditions, permet de reconnaître ou tout au moins à peu près, dans l'ordre suivant : à gauche, une tumeur volumineuse très-considérable, dont il est difficile d'apprécier le caractère et qui peut être la tête ou le siége ; encore à gauche, mais un peu plus vers la ligne médiane, une autre petite tumeur pointue et qui ne peut être qu'un coude ou un talon ; enfin, une autre petite tumeur à droite, tout-à-fait semblable à celle-ci, mais peut-être un peu moins saillante. Ainsi, de gauche à droite, tête ou siége, main ou pied, coude ou talon, talon ou coude.

Fort embarrassée, l'accoucheuse réclame l'assistance d'un médecin, et, une heure après, j'arrive auprès de la malade. Les douleurs sont presque complétement suspendues ; les membranes ne se sont point encore rompues, et, au dire de Mlle Fountès, les choses sont toujours dans le même état. Le palper abdominal n'éclaire pas tous les doutes que faisaient naître et le volume du ventre et les signes trouvés par la sage-femme.

Le ventre est très-volumineux sans doute, mais sans dépression médiane, et avec une obliquité latérale gauche très-marquée. De ce côte, tumeur saillante, considérable, assez proéminante, mais s'élevant cependant un peu dans la région abdominale du même côté.

Du côté opposé, rien de semblable, seulement, à droite et en bas, sensation d'un corps étranger, mais sensation trop obscure pour reconnaître les parties fœtales. L'auscultation fournit des résultats bien plus certains et bien plus probants : 1° bruit de souffle dans presque toute la région abdominale, mais surtout en bas et sur les côtés ; 2° bruits cardiaques à gauche, au-dessus et presque au niveau de l'ombilic ; mêmes-bruits à droite et sur la ligne médiane, mais en bas et au-dessous de l'ombilic ; peu de différence dans l'intensité et la force des bruits, mais absence complète de perception dans

les points intermédiaires. Un horizon plus large s'ouvrait déjà pour le diagnostic. Je procède à un examen : col dilaté presque complétement et très-dilatable ; membranes flasques, mais peu saillantes, à travers lesquelles le doigt perçoit à gauche la sensation d'une tumeur toute particulière, dure à la partie inférieure, molle et légèrement rénitente à la partie supérieure et antérieure. Le volume de cette dernière partie excluait tout indice de présentation de la face ; mais, d'un autre côté, le doigt ne pouvait, vu son élévation, la circonscrire assez exactement pour reconnaître la moindre démarcation et la présence d'une double tumeur formée par le siége du premier fœtus, placé au devant de la tête du second.

A la suite de cette tumeur, premier objet de doute, et tout-à-fait sur les côtés, mais surtout en haut et en avant, une main, dont les caractères étaient très-bien dessinés et qu'on pouvait reconnaître pour la main gauche (comme il fut facile de s'en assurer après la rupture des membranes) ; plus à droite et un peu plus éloignée, petite tumeur saillante, mais présentant tous les caractères d'un coude, tumeur qui était suivie à l'extrémité opposée d'une autre, que je reconnus, à grand'peine et plutôt par induction que par l'examen, pour un talon.

Aucune ligne de démarcation sensible entre ces diverses tumeurs, qui me semblaient toutes contenues dans une seule et même poche. Mon diagnostic n'était guère plus précis que celui de l'accoucheuse ; mais, au moyen du palpe abdominal, de l'auscultation, des données fournies par les examens antérieurs et celui que je venais de pratiquer, j'arrivai à peu près à me rendre compte : 1° d'une manière bien sûre, de l'existence de deux fœtus dans la cavité utérine ; 2° d'une manière assez équivoque, de leur position respective: un d'eux, selon mes prévisions, se présentant par le tronc, au-dessous d'un premier, qui offrait le siége à l'entrée du bassin. Pour éclaircir tous mes doutes, surtout relativement à cette dernière supposition et aux caractères de la double tumeur, je rompis les membranes en même temps que j'excitai les contractions de l'utérus. Au bout d'une demi-heure, pendant laquelle des contractions violentes n'ont engagé aucune des parties, et alors que le doigt peut cependant reconnaître, d'une manière un peu plus certaine, les caractères distinctifs des diverses parties engagées, je me décide à intervenir. Assisté d'un élève en médecine et de l'accoucheuse, je me propose d'abord d'opérer sur la partie la plus engagée, le siége, dont j'avais rompu les membranes et que je reconnaissais actuellement, d'une manière bien certaine, comme placé au-devant et un peu au-dessous de la partie dure ou de la tête du second fœtus, par-

tie qui avait d'abord mérité toute mon attention. Ce siége en première position (cotyloïdienne gauche) était accompagné de la procidence de la main gauche, et je pensai tout d'abord à aider son engagement en allant à la recherche des pieds et respectant les membranes du second fœtus. Tout effort dans ce but, reconnu sinon impossible, du moins dangereux, et les parties ne faisant aucun progrès pour s'engager, je me décidai malgré mes craintes et mes convictions ordinaires, à appliquer le forceps sur ce même siége.

Les deux branches sont successivement introduites; un mouvement de rotation imprimé, et j'amène presque aussitôt à la vulve le siége et le corps d'un premier fœtus. Cet enfant, assez volumineux, est légèrement asphyxié; mais la saignée du cordon et quelques soins le ramènent bientôt à la vie. Nulle tentative pour la délivrance n'est faite, et, le bout du cordon préalablement lié, je vais rompre les membranes du second et m'assurer, d'une manière plus certaine, de la présentation du jumeau. Le diagnostic était exact, et malgré la présence du placenta du premier, qui, inséré sur la partie latérale et inférieure de l'utérus, forme une espèce d'opercule, je distingue très-bien le coude et le talon déjà diagnostiqués, et offrant les caractères d'une présentation de l'épaule droite en première position. La version est pratiquée sans difficultés aucunes. L'enfant amené au dehors est, comme le premier, du sexe féminin, assez volumineux et présentant quelques signes d'asphyxie, mais il est bientôt rappelé à la vie.

La délivrance n'offre aucune difficulté. Il y a deux placentas, parfaitement distincts, munis chacun de son cordon et de ses membranes, et inséré : l'un, je l'ai déjà dit, sur la partie latérale et inférieure; l'autre, sur la partie postérieure et supérieure, vers le fond de la matrice.

L'utérus revient parfaitement sur lui-même; pas d'hémorrhagie. La femme a très-bien supporté cette double opération, et les suites de couches sont si simples, si naturelles, que, le troisième jour, je ne peux, malgré toutes mes représentations, la décider à rester au lit. Les deux enfants, très-beaux et très-vivaces, ont très-bien pris le sein et sont encore actuellement en parfait état, entre les mains de nourrices de la Montagne, la mère ne s'étant pas souciée, à cause de ses occupations, de continuer à les allaiter.

§ 7. — Le premier enfant se présente par le tronc, le deuxième par le siége.

Bartscher rapporte un cas dans lequel le premier enfant

était placé transversalement au-dessus de l'orifice de l'utérus. Le second était à cheval sur le premier et ses pieds arrivaient dans le vagin. Ces faits sont rares. Deventer en signale la possibilité, et en donne même une figure dans son ouvrage ; mais il ne relate pas d'observations.

OBSERVATION LII (1).

En 1857, je fus appelé près de la femme H..., à G..., primipare, qui était en travail depuis 17 heures. Immédiatement après la rupture de la poche des eaux, raconte la sage-femme présente, les pieds de l'enfant étaient descendus de telle façon qu'elle pouvait facilement les saisir tous deux ; elle avait fait alors des tractions, et cependant avec la plus grande peine elle n'avait pu dégager l'enfant que jusqu'aux genoux ; elle fit part aux parents que l'enfant qui allait naitre était une fille. Quand j'arrivai, je trouvai les deux jambes fortement gonflées, de couleur violacée, les talons tournés à gauche et en avant. J'enfonçai toute la main afin de me rendre compte de l'obstacle et je constatai que nous avions affaire à une grossesse gémellaire. L'enfant dont les pieds sortaient, était à cheval sur l'autre enfant dont le ventre se présentait. Ce que la sage-femme avait pris pour les organes génitaux du premier enfant n'était autre que le nombril du second enfant.

Je n'avais dès lors rien autre à faire que d'élever le pied gauche qui se présentait et de le passer par-dessus le dos du second enfant. Après que cette manœuvre m'eût réussi, je fis la version du second enfant par les pieds qui se trouvaient du côté gauche, je fis d'abord l'extraction de celui-ci, puis du premier. Les deux enfants étaient vivants et en bonne santé. La mère s'en est bien tirée.

---

(1) Bartscher. — *Monatschrift fur Geburtskunde*, 1859.

CHAPITRE III.

Diagnostic.

La question du diagnostic emprunte à cette partie de la dystocie que nous étudions une importance d'une gravité exceptionnelle.

En effet, le problème en face duquel l'accoucheur se trouve placé et qu'il doit nécessairement résoudre, comporte toujours plusieurs solutions.

Pourquoi le travail ne s'accomplit-il pas en suivant une marche régulière ? Bien souvent, nous pourrions même dire dans tous les cas, si nous nous en rapportons à ce qui s'est passé dans les observations que nous relatons, la cause primitive, celle qni donne à la physionomie du travail un cachet spécial, la grossesse multiple, n'avait point été soupçonnée tout d'abord. Et cependant, c'est là le point important, là que réside le nœud de la question,

Sachant qu'il y a deux fœtus dans l'utérus, l'accoucheur rendu plus attentif observera avec plus de soin, s'attendant aux difficultés, aux complications, aux accidents, qui se produisent lors de ces accouchements dans l'espèce humaine. Malheureusement, aujourd'hui encore, il est universellement admis que l'accoucheur ne doit intervenir qu'au moment même du travail. Aussi se trouve-t-il aux prises subitement avec les plus grandes difficultés, car les procédés d'exploration (palper et auscultation) qui peuvent faire reconnaître la grossesse multiple pendant la gestation, deviennent difficiles ou impossibles pendant le travail. Le toucher, à part de rares exceptions, ne donne pas de renseignements.

Aussi sommes-nous convaincus qu'un examen pratiqué par un homme de l'art, dans le dernier mois de la grossesse, est absolument nécessaire dans tous les cas. De cette

façon, le contenu de l'utérus sera connu, ainsi que les rapports existant avec le contenant. C'est certainement là un des chapitres les plus importants de l'hygiène de la grossesse, mais aussi un des plus ignorés.

La connaissance de la grossesse multiple ne suffit pas, il faut encore rechercher, reconnaître quels sont les rapports des fœtus avec l'utérus, puis des fœtus entre eux. De cette connaissance seule résultera, découlera naturellement une intervention éclairée, logique, rationnelle. Autrement, on agira en aveugle, on rendra souvent les difficultés insurmontables ; c'est ainsi que dans bien des cas, de simples complications se sont trouvées transformées en accidents formidables, par le seul fait d'une intervention empirique.

Nous allons examiner les divers moyens qui nous permettront d'établir le diagnostic d'une grossesse gémellaire et de reconnaître l'obstacle à l'accouchement, s'il en existe.

Le volume du ventre serait plus considérable dans la grossesse double que dans la grossesse simple. L'utérus présenterait une forme bilobée. Quelquefois on voit remuer à plusieurs endroits. Mais ces signes sont loin d'être constants.

Le toucher peut fournir, mais non toujours, des indications précises. Dans certains cas rares, alors qu'il n'y a pas eu écoulement des eaux, on trouve une poche bilobée. Voici ce que dit à cet égard M. le professeur Depaul : « .... Il est une autre forme de poche à laquelle j'ai donné » le nom de poche double, et qui peut servir à établir le » diagnostic des grossesses gémellaires. La première fois » que je la rencontrai, c'était en 1839, pendant mon inter- » nat à la Maternité. Je fus vivement intrigué par une » disposition que je n'avais trouvé signalée nulle part ; et » ce ne fut qu'après la naissance de deux enfants que j'en » compris l'importance (1). »

(1) Depaul. — Art. Accouchement du Dictionnaire des Sciences médicales, t I, p. 367.

Il est probable que le professeur Depaul avait oublié ses classiques en écrivant ces lignes, car nous ne nous permettrons pas de supposer que le mémoire de Dugès, où se trouve le passage ci-dessous, lui fût inconnu. « Mais le » signe (de la grossesse gémellaire) le plus certain, le » moins équivoque, c'est la présence d'une double poche » membraneuse à l'orifice utérin. Cette particularité a été » plusieurs fois observée par Madame Lachapelle, et je l'ai » rencontrée après elle, ainsi que plusieurs autres praticiens. De ces deux poches, l'une, plus arrondie, contient » une partie quelconque d'un fœtus ; l'autre, aplatie, courbée en ménisque, ne contient le plus souvent que de » l'eau. » (*Mémoire sur les accouchements multipares ou gémellaires*, par *Dugès*, in Revue médicale, 1826, t. I, p. 391.)

Mais si les membranes sont rompues, si une partie du fœtus est engagée, il peut se faire, comme dans le cas de M. Bailly, que l'on ne puisse point arriver jusqu'à l'obstacle. Alors le toucher sera impuissant à fournir les éléments du diagnostic.

L'auscultation permettra, la plupart du temps, de reconnaître l'existence de deux fœtus, si les deux enfants sont vivants. On trouvera un double foyer d'auscultation : et, de plus, les battements du cœur des deux fœtus ne seront pas isochrones. Il ne faudrait cependant pas trop compter sur ce dernier signe : MM. Tarnier et Pinard ont observé un cas de grossesse gémellaire où les fœtus avaient exactement le même nombre de battements, et l'auscultation des bruits du cœur des deux enfants, pratiquée simultanément par les deux observateurs, démontra que ces bruits étaient tout-à-fait isochrones.

Il serait naïf de dire que lorsque l'un ou les deux enfants sont morts, l'auscultation ne peut permettre de reconnaître l'existence de deux fœtus, si nous n'en devions tirer la conclusion que ce mode d'exploration si précieux quand il s'agit de reconnaître l'état de l'enfant, est rien moins que fidèle si on lui demande les éléments d'un diagnostic.

Le palper, moyen d'exploration qui a été beaucoup trop négligé, et que M. Pinard a remis en vigueur, est en somme le seul moyen qui permettra, dans tous les cas, de diagnostiquer une grossesse gémellaire. Mais il faut le pratiquer avec méthode et pendant l'intervalle des douleurs. Si, en effet, on appuie sur un utérus contracté, on sentira une masse dure, ronde, mais on ne distinguera pas les parties fœtales qu'elle renferme. Que si, au contraire, l'utérus étant souple, l'accoucheur se place à côté de la femme et, avec ses deux mains, placées de chaque côté au-dessus des branches horizontales du pubis, à 5 ou 6 centimètres en dehors de la ligne médiane, il déprime la paroi abdominale d'avant en arrière et de haut en bas, pour interroger l'excavation, il rencontrera, le plus souvent, une grosse extrémité fœtale. Portant alors la main au pôle supérieur de l'utérus, il constatera l'existence de une et souvent de deux grosses extrémités. En général, on trouve le plus souvent immédiatement trois grosses extrémités fœtales; puis avec quelques recherches on ne tarde pas à reconnaître la quatrième, assez souvent profondément engagée. De plus, on rencontre deux plans résistants constitués par le dos, l'un à droite, l'autre à gauche, ou bien superposés.

Dans les cas où le tronc d'un enfant est déjà sorti et la tête du second engagée entre la tête et le corps du premier, on ne trouvera plus par le palper abdominal que deux extrémités fœtales. Mais alors encore, on pourra faire le diagnostic puisque, le corps de l'un des fœtus étant sorti, on trouve encore au pôle supérieur de l'utérus une grosse extrémité, laquelle est toujours, dans le cas que nous supposons, une extrémité pelvienne.

On complètera les indications fournies par le palper, au moyen du toucher. Ce dernier mode d'exploration sera toujours possible si on a soin de soulever le corps du fœtus hors de la vulve et de glisser le doigt le long de son cou. Mais dans ces cas, abandonnant le toucher digital, il n'y a pas à hésiter, il faut pratiquer le toucher *manuel*, manœuvre, d'après nous, beaucoup trop peu employée et sans

laquelle, dans les cas que nous étudions, il est impossible d'intervenir d'une façon sage et rationnelle.

En effet, que fera-t-on si on ne sait en quoi consiste l'obstacle ; et comment reconnaîtra-t-on cet obstacle, si on ne s'est pas, au préalable, rendu un compte exact de la position de chaque fœtus dans ses rapports avec la mère et dans ses rapports avec l'autre fœtus ? Or, le toucher manuel peut seul donner ces renseignements.

Quelques circonstances, certaines malformations du fœtus peuvent se présenter qui empêchent son expulsion, sans que pour cela il y ait grossesse gémellaire. Nous croyons devoir en dire un mot sans toutefois nous y arrêter longtemps.

Lorsque la tête d'un enfant se présente en même temps que l'un ou les deux membres inférieurs de l'autre, on peut se demander s'il y a grossesse gémellaire ou simplement procidence des membres inférieurs du fœtus. Les *Archives de tocologie* publient, d'après les *Annales de la Société médico-chirurgicale* de Liége, bien que l'original soit une thèse de 1872 (1), un travail dans lequel l'auteur dit que les cas où la tête d'un fœtus peut se présenter en même temps qu'un pied de l'autre, impliquent la rupture spontanée des deux poches. Mais, tout d'abord, l'observation de Hœdrich qu'il cite lui-même, et il y en a d'autres, prouve que les deux enfants peuvent être dans la même poche.

Les fœtus adhérents sont rares, et lorsqu'ils existent, ils sont plus rarement encore cause de dystocie. Si cependant le cas se présentait, le toucher manuel pourrait seul permettre de le reconnaître.

Toutes les affections, hydropisie, emphysème, hydronéphrose, distension de la vessie, tumeurs périnéales ou sacrées, qui permettent au corps du fœtus d'atteindre un diamètre supérieur à celui du bassin, pourront empêcher son expulsion spontanée au moment de l'accouchement. Mais

---

(1) Louis Rubé. — *Des procidences de membres comme complication des présentations de l'extrémité céphalique.* — *Thèse de Paris*, 1872.

alors, les signes de la grossesse gémellaire feront défaut ; on ne sentira point par le palper plusieurs grosses extémités fœtales, on ne trouvera pas au toucher des parties pouvant appartenir à deux fœtus, etc.

Le diagnostic différentiel s'établirait de la même façon, s'il s'agissait d'un enfant hydrocéphale.

Enfin, certaines tumeurs de l'utérus, des kystes de l'ovaire, pourraient faire croire à l'existence de deux fœtus ; mais, là encore, le toucher manuel éclairera la situation.

CHAPITRE IV.

Pronostic.

Dans les cas exceptionnels qui nous occupent, plus que dans n'importe quels autres, le pronostic est subordonné à la conduite de l'accoucheur. On peut affirmer que, dans plusieurs des faits que nous avons rapportés, l'accoucheur a déterminé les accidents qui sont survenus ; dans d'autres, relativement nombreux, il a été impuissant à remédier aux accidents qui se sont produits, parce qu'il n'en avait pas tout d'abord reconnu la cause.

Quoi qu'il en soit, le fait est grave sinon pour la mère, tout au moins pour les fœtus, surtout pour le premier quand il se présente par le siége, et le deuxième par la tête, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant nos Observations.

CHAPITRE V.

Conduite à tenir.

Nous avons à dessein insisté sur la nécessité d'établir un diagnostic précis, et nous y revenons. Ce fait prime tout le reste : pour intervenir d'une façon utile, il faut avant tout se rendre compte de l'obstacle ; autrement, on marcherait en aveugle et on ne saurait faire rien qui vaille.

Que si le diagnostic de la grossesse gémellaire a été fait avant le travail, l'accoucheur prévenu sera beaucoup moins embarrassé. Il n'ira pas, par une intervention maladroite, créer des difficultés dont le résultat sera à peu près fatalement la mort des deux enfants ou tout au moins de l'un d'eux, et quelquefois aussi celle de la mère ; il ne fera pas la version ; il ne tirera pas, disons le mot, inconsciemment sur un fœtus qui se présente par les pieds ; il ne donnera pas de seigle ergoté.

Outre l'inconvénient de déterminer l'enclavement des fœtus, le seigle ergoté aura encore celui de rendre l'intervention beaucoup plus difficile. En effet, comme nous le dirons tout à l'heure, la première chose à tenter dans les cas d'enclavement des fœtus, c'est de repousser la tête du second. Or, comment pourra-t-on le faire si l'utérus est en état de contraction tétanique ? Pendant ce temps là, les fœtus seront comprimés, la circulation utéro-placentaire entravée et les échanges gazeux ne se faisant plus entre le sang de la mère et celui des fœtus, l'asphyxie se produira.

M. le professeur Depaul dit : « Je pose comme principe » que, dans les accouchements de jumeaux, il ne faut je- » mais employer le seigle ergoté pour favoriser l'expulsion

» du premier enfant (1). » Mais nous ne croyons pas que l'on doive davantage employer le seigle ergoté pour favoriser l'expulsion du second. En un mot, pour résumer notre pensée sur l'usage qu'on doit faire de ce médicament, nous n'avons qu'à énoncer l'aphorisme posé à son cours par le professeur Pajot : « *Ne jamais donner de seigle ergoté tant que l'utérus contient quelque chose.*»

Lorsqu'un siége et une tête se présenteront simultanément au détroit supérieur, les poches des eaux n'étant pas encore rompues, l'accoucheur devra percer celle de l'enfant qui se présente par le sommet. Si Carrière eût agi ainsi, peut-être il eût permis à la tête du premier enfant de s'engager, et empêché les pieds du deuxième de glisser entre cette tête et la paroi utérine. Il évitera surtout de tirer sur les pieds de l'enfant qui se présente par le siége.

Ce que nous venons de dire se rapporte à ce que l'accoucheur devra faire ou plutôt ne pas faire au début de l'accouchement. Mais si, parce qu'il a été appelé trop tard ou parce qu'il n'a pas tout d'abord reconnu la difficulté, les fœtus se sont engagés et il est mis en demeure d'intervenir activement, que fera-t-il ?

Nous allons essayer d'indiquer quelques règles générales, laissant à la sagacité, à l'expérience de l'accoucheur, le soin de formuler et d'appliquer les règles spéciales.

Il faut chercher à sauver :

1° D'abord et avant tout, la mère ;

2° Les deux enfants si l'on peut ;

3° Un seul enfant, si on ne peut faire autrement.

Si les deux enfants se présentent par la tête, nous disons avec M. Tarnier : « C'est au forceps qu'il faut avoir re-
» cours : on saisira la tête qui est la plus engagée, et l'on
» essayera des tractions. Cependant, si elles restaient in-
» fructueuses, si l'état de la mère l'exigeait, et si surtout
» on pouvait être assuré de la mort du fœtus, il n'y aurait
» plus à hésiter, la crâniotomie devrait être pratiquée.

---

(1) Depaul. — *Leçons de Clinique Obstétricale.*

» Peut-être, par cette opération, pourrait-on sauver la » mère et offrir au deuxième enfant quelques chances de » vie (1). »

Lorsque les deux enfants se sont présentés, le premier par le siége et le second par la tête, on a employé à peu près tous les procédés; et, il faut l'avouer, sans résultat bien brillant. Sur 34 de nos observations de ce genre où l'état des enfants est indiqué, 4 fois seulement l'enfant qui se présentait par le siége est né vivant; encore est-il permis de considérer le succès de Irwin comme tout au moins bien extraordinaire; dans les trois autres cas (Merriman, Sidney, Balfour), les enfants étaient très-petits. Quant au deuxième fœtus, 14 fois il aurait vécu; mais alors encore sa taille était le plus souvent fort au-dessous de la moyenne.

Certains accoucheurs ont cru devoir attendre. Les imitera-t-on? Non. Lorsqu'un des fœtus empêche l'autre de sortir, on ne peut raisonnablement compter sur une expulsion spontanée. Le fait s'est produit, mais par exception; or, l'exception n'est point la règle.

Pratiquera-t-on, à l'imitation de Pollock et de quelques autres, des tractions sur le fœtus déjà sorti? En admettant qu'on puisse déterminer l'expulsion simultanée ou successive des deux fœtus, on n'obtiendra ce résultat qu'à la condition de faire subir aux enfants une compression mortelle, à moins qu'ils ne soient excessivement petits, et d'exposer les organes de la mère à des dangers considérables, tels que la déchirure du périnée, la contusion et la compression des parois vaginales, avec toutes leurs conséquences.

Nous n'admettons pas davantage, et pour les mêmes raisons, la conduite de Hohl qui appliqua le forceps sur la tête du premier enfant.

Un procédé, plus pratique il est vrai, et surtout plus séduisant consisterait à refouler la tête du second fœtus. On

(1) Tarnier. — *Thèse d'agrégation*, 1860.

pourra toujours le tenter, avec douceur ; et, on aura d'autant plus de chance de réussir, qu'on interviendra plus près du début du travail. Mais là encore, le succès sera-t-il subordonné au volume des deux têtes, au mode et au degré d'enclavement des fœtus, à l'état dans lequel se trouve l'utérus. Si, opérant, autant que possible, dans l'intervalle des contractions utérines, on ne réussit pas tout d'abord, il ne faudra point insister ; on n'ira pas, par exemple, se livrer à des manœuvres dans le genre de celles rapportées dans la XXIIe observation de notre Thèse ; on n'agira jamais avec violence, sous peine de s'exposer à déchirer le vagin et l'utérus. En somme, c'est un procédé dangereux qu'on pourra tenter, mais avec la plus grande réserve.

Des maîtres autorisés recommandent d'appliquer le forceps sur la tête du deuxième enfant. Cependant, à notre humble avis, cette opération est irrationnelle. En effet, de deux choses l'une : ou le premier enfant est vivant, ou il est mort. S'il est mort, pourquoi ne pas le décapiter tout de suite pour faciliter le passage du second et diminuer d'autant la pression qu'auront à supporter la tête de celui-ci et les organes de la mère ? S'il est vivant, ce qui sera bien rare, le tronc étant sorti, a-t-on quelque chance de le sauver ? Nous n'en voyons guère. En revanche, on en aura beaucoup de tuer l'autre.

La crâniotomie pratiquée sur le deuxième enfant offre-t-elle quelqu'avantage? Pas plus que la décapitation du premier, en ce qui concerne la mère ; à l'égard des fœtus, le résultat est indiscutable : mort du premier, mort du second. En conséquence, nous rejetons absolument ce procédé.

Pour notre compte, nous nous déclarons partisan de la décapitation du premier jumeau, lorsque, par des manœuvres douces et raisonnées, on n'aura pu arriver à faire cesser l'entrecroisement des deux têtes et à refouler celle du second fœtus. Ce procédé, outre qu'il est le moins dangereux pour la mère, permettra le plus souvent, si on intervient assez tôt, de sauver la vie du deuxième enfant.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie et histologie normales. — Articulations du pied.

Physiologie. — De la déglutition.

Physique. — Electricité atmosphérique. Lésions produites par la foudre. Paratonnerre.

Chimie. — Des oxydes d'étain, de bismuth et d'antimoine; leur préparation ; caractères distinctifs de leur dissolution.

Histoire naturelle. — Des hirudinées, leurs caractères généraux, leur classification. Des sangsues. Décrire les diverses espèces de l'hirudiculture.

Pathologie externe. — Du glaucôme aigu.

Pathologie interne. — Des accidents qui se rattachent à la dentition.

Pathologie générale. — De l'intermittence dans les maladies.

Anatomie et histologie pathologiques. — De l'hypertrophie du cœur.

Médecine opératoire. — De la valeur des amputations de Chopart, de Syme, de Piérigoff, sous-astragalienne et sus-malléolaire, sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

Pharmacologie. — De la glycérine considérée comme dissolvant, caractère de sa pureté; des glycérolés, comment les prépare-t-on.

Thérapeutique, — Des indications de la médication vomitive.

Hygiène. — Des bains.

Médecine légale. — Est-il indispensable, pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée ?

Accouchements. — De la rupture prématurée des membranes.

Vu :
Le président de la thèse,
P. PAJOT.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.

VERSAILLES. — IMPRIMERIE CERF ET FILS, 59, RUE DUPLESSIS.

